



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Por: Célia Augusta Gomes da Cunha

Janeiro, 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Por: Célia Augusta Gomes da Cunha

Sob orientação da Professora: Emília Preciosa Carvalho

Janeiro, 2010

*“Qualquer caminho que decida tomar, existe sempre
alguém para dizer que está errado.
Existem sempre dificuldades...Mapear um caminho de
acção e segui-lo até ao fim...coragem.”*

Ralph Waldo Emerson

Resumo

O presente documento descreve as diversas e constantes experiências de aprendizagem vivenciadas ao longo do estágio curricular do mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, proporcionando uma visão alargada e pormenorizada das actividades realizadas. Com este trabalho pretende-se expor novos conhecimentos adquiridos, o aperfeiçoamento de aptidões e o desenvolvimento de novas competências que permitirão o progresso de intervenções consolidadas, adequadas e convenientes como futura enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiatria e mestre em Enfermagem.

Ao longo do relatório efectua-se uma abordagem aos objectivos do estágio delineados individualmente e os quais foram preconizados no projecto de estágio. Segue-se uma apresentação dos campos de estágio e uma descrição critico-reflexiva das actividades desenvolvidas para o alcance dos objectivos esboçados, bem como as competências adquiridas neste percurso.

Abstract

This document describes the many learning experiences lived out during the stage of the Masters in Nursing with specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry. Provides a detailed overview of activities develop. This work aims to expose new knowledge and develop new competencies thereby enabling the advancement progress of the actions consolidated, convenient and suitable as future nurse specialist in Psychiatry and Mental Health and Master in Nursing.

Throughout the report, carry out the objectives of the approach outlined individually and stage which were recommended in the draft stage. The following is a presentation of the fields of probation and some description critical-reflective of activities developed for achieving the objectives outlined, as well as the skills acquired in this way.

Agradecimentos

Não sou poeta...nem tão pouco sei escrever. Sou igual a tanta gente, com sonhos e uma história de vida!

Escolhi...estar presente na dor, porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi...servir o próximo, pois sei que todos nós precisamos de ajuda. Escolhi... o branco, para transmitir a Paz. Escolhi...estudar os métodos de trabalho, porque os livros são as fontes do saber. Escolhi... ser Enfermeira e me dedicar à saúde, porque respeito a vida. Estando agora a finalizar mais um sonho da minha vida, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que tornaram possível toda esta viagem:

Ao meu Pai e à minha Mãe, pelo apoio incondicional desde a primeira hora, pela paciência com que sempre me ouviram, sensatez com que sempre me ajudaram e por inculcarem o amor ao estudo e à realização profissional;

À minha família, pela sua tolerância, compreensão e carinho quando estava a escrever em vez de atender às suas necessidades;

Aos meus amigos, que me animaram nos momentos de desalento;

A uma pessoa especial, pela amizade, apoio incondicional e sabedoria, que me permitiu abraçar esta carreira tão exigente;

À Professora Emília Carvalho, pela disponibilidade e pelos momentos de paciência, compreensão e competência;

Às enfermeiras Ana Rita Gonçalves e Diana Freitas, pela orientação, apoio e confiança durante o estágio;

E por ultimo,

Ao André, por ter permanecido ao meu lado, partilhar angústias e dúvidas, estendendo a sua mão amiga em momentos difíceis. Por me teres incentivado a percorrer este percurso....

Agradeço teus esforços...para me fazeres feliz, fazeres-me sorrir

Agradeço pelo Amor, pela amizade, pelo crescimento e pelo aprendizado

Agradeço pela paciência, pelo respeito, pela confiança, pela compreensão e por dedicares o teu tempo a mim

Agradeço...pelo carinho e protecção,

Algo que só tu e eu sentimos!

Obrigado a todos!

Índice

Introdução	8
1. Enquadramento Teórico	11
1.1. Arquitectura de um Projecto	11
1.2. Caracterização dos campos de acção	14
2. Operacionalização do Projecto	17
2.1. Objectivos Específicos comuns aos módulos	17
2.2. Objectivos Específicos	19
2.2.1. Módulo I – Serviço de Reabilitação	19
2.2.2. Módulo III – Unidade Sagrado Coração de Jesus	28
3. Conclusão	43
Bibliografia	45

Anexos

Anexo I - Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus

Anexo II - Caracterização do Serviço de Reabilitação

Anexo III - Caracterização da Unidade do Sagrado Coração de Jesus

Anexo IV - Projecto "Passo a Passo..."

Anexo V - Diapositivos utilizados na sessão de Educação para a Saúde "Depressão"

Anexo VI - Panfleto alusivo à temática "Depressão"

Anexo VII - Estudo de caso

Anexo VIII - Programa de estimulação dos auto-cuidados

Anexo IX - Guia de acolhimento

Anexo X - Planificação e avaliação das sessões de relaxamento

Anexo XI - Planificação e avaliação da sessão de Educação para a Saúde
"Stress/Relaxamento"

Anexo XII - Diapositivos utilizados na sessão de Educação para a Saúde
"Stress/Relaxamento".

Introdução

O presente relatório realizou-se no âmbito do Estágio na área da Saúde Mental e Psiquiatria, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, do Porto.

De acordo com o plano de estudos do Mestrado, o período de estágio a que se reporta este relatório é, de 20 de Abril de 2009 a 28 de Novembro de 2009, está dividido em três módulos, cada um com 180 horas de contacto directo. Dos três módulos, apenas realizei o módulo I e III: Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção (de 20 de Abril a 20 de Junho) e Módulo III – gerontopsiquiatria (de 06 de Outubro a 28 de Novembro).

Relativamente, ao módulo II não o realizei, uma vez que este foi creditado, devido ao facto de exercer funções há mais de três anos na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Ao longo deste tempo fui adquirindo competências na prestação de cuidados ao indivíduo, nomeadamente: na realização de entrevista, Educação para a Saúde, capacidade de estabelecer relações terapêuticas adequadas, bem como no estabelecimento de uma comunicação apropriada com utente/família e equipa de saúde e também competências interpessoais para a resolução de problemas, aconselhamento, para além de capacidades para reconhecer e enfrentar o stress.

Ambos os estágios foram efectuados na Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga, tendo sido o Módulo I (Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção) realizado no serviço de Reabilitação e o Módulo III (Gerontopsiquiatria) na Unidade do Sagrado Coração de Jesus. No Módulo I, era meu intuito primordial conhecer a realidade da Reabilitação Psicossocial, isto é adquirir um conhecimento mais circunstanciado de todo o processo pelo qual a pessoa com perturbação psiquiátrica é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida. Pretendendo deste modo intervir e desenvolver as competências esperadas e trabalhar os objectivos delineados no âmbito da saúde mental

na comunidade. Quanto ao Módulo III, aspirava desenvolver actividades especializadas na área da Psiquiatria, com vista à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ambicionou-se com os estágios ampliar conhecimentos, consolidar aprendizagens, abrir horizontes para a pesquisa científica e sistematizar a reflexão crítica para a execução de cuidados de enfermagem profissionais humanizados, sendo os resultados mais reflectidos e sintetizados apresentados sob a forma de relatório.

Segundo Lage (1996, p.30), um relatório é um “ *documento que descreve os progressos ou os resultados obtidos no domínio da investigação ou do desenvolvimento científico e técnico*”.

Neste contexto, cria-se uma expectativa relativamente ao relatório comprometendo-se esta, sobretudo com a transcrição literal da prática executada baseada em pressupostos teóricos bem delimitados, fomentadora de crescimento pessoal e profissional. Pois, tal como afirmam Marconi e Lakatos (2003, p. 17), “*a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz*”.

Deste modo, o presente relatório contempla uma exposição escrita relativa ao meu percurso pedagógico, facilitador da cimentação de competências pessoais e profissionais, traduzindo uma narração particularizada das actividades desenvolvidas para a concretização dos objectivos enunciados no projecto de estágio, assim como uma reflexão crítica assente na adequação do projecto inicial, oportunidades de acção, melhoria de desempenho, dificuldades de percurso atendendo a limitações próprias ou a condicionalismos externos. Pretendo expor a reflexão de forma científica, clara e concisa apresentando um raciocínio lógico, coerente e objectivo, tal como preconiza a descrição de um relatório, Costa (2003).

Assim sendo, constituem objectivos deste relatório:

- Descrever a análise crítico-reflexiva das diversas e constantes experiencias de aprendizagem vivenciadas ao longo do estágio do mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, proporcionando uma visão alargada e pormenorizada das actividades realizadas;

- Expor os novos conhecimentos adquiridos, o aperfeiçoamento de aptidões e o desenvolvimento de novas competências que permitirão o progresso de intervenções consolidadas, adequadas e convenientes como futura enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiatria e mestre em Enfermagem;
- Divulgar o aproveitamento de conhecimentos científicos/relacionais adquiridos nos semestres teóricos do mestrado;
- Responder a uma das exigências, de avaliação, preconizadas no plano de estudos para a Unidade Curricular Relatório.

Portanto, a elaboração deste relatório permitir-me-á assumir uma postura crítica e reflexiva essencial em cada momento da prática, possibilitando uma análise coerente da conduta seguida no estágio, bem como um crescimento respeitante à acção e consequentemente, uma tomada de decisão mais correcta.

No sentido de facilitar a consulta e compreensão o trabalho compõe-se em duas partes distintas. Na primeira, constará o enquadramento teórico sendo realizada uma abordagem relativamente ao projecto de estágio, nomeadamente a arquitectura de um projecto e a caracterização dos campos de acção. A segunda parte do relatório contemplará a operacionalização do projecto, sendo efectuada a descrição critico-reflexiva das actividades desenvolvidas para o alcance dos objectivos esboçados individualmente no projecto de estágio, bem como as competências adquiridas ao longo deste percurso, sendo por último efectuadas as considerações finais do relatório.

A metodologia utilizada será descritiva, atendendo às características interpostas a um documento desta natureza, fundamentada na exploração/levantamento de dados obtidos e pesquisa bibliográfica, com organização da informação.

Espero que a leitura deste documento proporcione uma visão global de todas as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, no esforço de alcançar os objectivos previamente delineados e satisfazendo desta forma as minhas necessidades pedagógicas como mestranda.

1. Enquadramento Teórico

Os avanços e exigências da sociedade actual implicam a necessidade de uma actuação profissional rigorosa, eficiente e sustentada numa visão científica, técnica e relacional, pois, só assim se cumprirá a nossa responsabilidade profissional perante a sociedade. Portanto, cabe aos enfermeiros percorrer diariamente um caminho árduo com vista a alcançar determinadas competências, de forma a adquirir aptidões que permitirão prestar cuidados de excelência ao utente/família.

Especificamente, na enfermagem psiquiátrica compete à enfermeira auxiliar o utente individualmente ou em grupo, a desenvolver um auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade. Neste sentido, o cuidar em Psiquiatria implica compreender a natureza do ser humano em todas as suas vertentes.

1.1 Arquitectura de um Projecto

Viver é para o Homem projectar, e projectar é inquirir, perguntar e idealizar. Neste sentido, pode-se constatar que o projecto constitui um plano para a realização de um acto, tornando-se um percurso que alguém se propõe seguir e para o qual traça objectivos, visando colmatar as necessidades do individuo.

Portanto, tal como cita Carvalho e Diogo (1999) um projecto “ *não é mais do que a capacidade de organizar as acções para intervirmos no meio que nos rodeia, com o fim de se atingirem os objectivos propostos, visando assim a orientação bem como o planeamento das actividades durante o seu estágio*”.

Neste contexto, saliento a concepção de um projecto de estágio preconizado pelo curso, a qual considero deveras importante, uma vez que permitiu efectuar uma triagem lúcida e consciente das oportunidades e possibilidades, bem como conceber um plano de actividades contextualizado. Por outro lado, também pude desenhar um percurso, tornando claras as etapas e permitindo a todo o momento uma visualização objectiva dos seus contornos. Sendo assim um projecto é um fio condutor que se desenvolve, se

aperfeiçoa, representando deste modo um conjunto de linhas orientadoras do curso da acção.

Como tal, para a realização do projecto de estágio foi solicitado a escolha de um fio condutor para todos os estágios, servindo de guia orientador para as intervenções de Enfermagem a desenvolver e delineamento dos seus objectivos, permitindo uma previsão e pré-orientação das acções a incrementar de forma a contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados. Neste âmbito, o projecto de estágio delineou-se tendo por base as orientações da Universidade Católica, mas também pelo interesse pessoal e motivação sentida na área da gerontopsiquiatria.

Na gerontopsiquiatria, além das alterações fisiológicas, resultado do envelhecimento normal de cada indivíduo, pode-se presenciar que determinadas problemáticas do envelhecimento implicam alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, designadamente o aparecimento de alguns transtornos mentais. Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros desenvolvam um papel mais proactivo, intervindo eficientemente a todos os níveis de prevenção e assistindo não apenas o individuo mas também a família, contribuindo não só para a preservação do equilíbrio individual, mas também para a segurança social.

Assim, foram diversas as actividades delineadas tendo em vista a intervenção junto da população idosa, quer no âmbito da prevenção, promoção, estabilização e reabilitação do indivíduo, de forma a reduzir o impacto da doença Mental e facilitar a sua inserção na comunidade.

Porém, foram neste projecto delineados individualmente objectivos específicos, que englobam uma intervenção em diversos componentes do contexto da Gerontopsiquiatria, diligenciando uma intervenção holística, sugerindo e implementando formas de actuação. Contudo, também esteve subjacente aquando do seu delineamento os objectivos gerais expressos no regulamento geral do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica Portuguesa. Assim sendo, foram objectivos divulgados no projecto de estágio:

✓ *Objectivos Específicos comuns aos módulos:*

- Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nas respectivas unidades de estágio;
- Promover a sensibilização, o apoio e orientação de temáticas na área da Saúde Mental, ao utente, nomeadamente, a temática da Depressão;
- Promover a continuidade dos cuidados de enfermagem envolvendo a família e cuidadores de forma a reduzir o impacto da doença Mental e facilitar a inserção dos doentes na comunidade.

✓ *Objectivos Específicos:*

Módulo I – Serviço de Reabilitação (Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção)

- Conhecer a dinâmica do Serviço;
- Promover a integração dos utentes na comunidade;
- Sensibilizar para a importância de um despiste precoce de indivíduos com depressão.

Módulo III – Unidade Sagrado Coração de Jesus

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados ao utente na gerontopsiquiatria, proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiatria;
- Optimizar a comunicação e o acolhimento aos utentes e familiares na unidade;
- Desenvolver competências na realização de técnicas de relaxamento.

1.2 Caracterização dos campos de acção

Para a consecução dos estágios, como percurso indispensável para o desenvolvimento profissional e académico, optei pela Casa de Saúde do Bom Jesus, dado ser uma instituição que contempla serviços direccionados para esta minha área de interesse e também porque é a instituição onde exerço minha actividade profissional, e a qual enalteço pela qualidade dos cuidados que são prestados ao utente/família.

A Casa de Saúde do Bom Jesus foi fundada em 30 de Novembro de 1932, constituindo um dos doze centros assistenciais do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, existente em Portugal, estando localizada em Nogueiró, Braga, há 76 anos. É uma instituição de Solidariedade Social, que tem como base de actuação no ser humano, a centralidade da pessoa, o acolhimento, a humanização, a assistência integral, a opção pelos mais pobres e carenciados e a qualidade assistencial.

É Missão desta Casa de Saúde:

- Promover uma assistência integral nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual, a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres;
- Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

Contudo, a sua missão é desenvolvida nas áreas da Psiquiatria, Psicogeriatria, Deficiência Mental, Toxicodependência, Alcoolismo, Reabilitação/Integração Social. Tem seis unidades de internamento (curto e longo internamento), uma residência de vida apoiada e três apartamentos de integração de doentes na comunidade. A sua filosofia assenta na inovação e adaptação, daí que se avizinham muitas mudanças, no sentido de dar resposta às necessidades sentidas pela população e ao novo plano de saúde mental (ANEXO I).

Neste âmbito, selecionei os campos de estágio tendo reflectido tanto nos objectivos do curso como nos individuais, uma vez que se pretende que os campos de estágio e a população alvo da nossa intervenção permita atingir os objectivos e competências

previamente delineados. Atendendo, que os locais onde se realizam os estágios são por si só fontes de experiências e novos conhecimentos emerge a necessidade de realizar a caracterização dos locais, onde realizei o estágio, de forma sucinta, mas no entanto esclarecedora das suas características específicas.

O primeiro módulo, promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, decorreu no serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus. É um serviço que engloba o projecto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade, e Aprendizagem) com o qual se ambiciona uma mudança de contexto social, sendo uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental. É composto por uma residência de treino e três apartamentos terapêuticos. A residência de treino (Residência de Sta Teresa) tem como objectivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, iniciando o treino de algumas capacidades fulcrais para as utentes serem inseridas futuramente em projectos nas comunidades, ou transitarem para os apartamentos terapêuticos. Por outro lado, os apartamentos terapêuticos, são uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal.

Os principais objectivos do programa de Reabilitação dos apartamentos terapêuticos são sobretudo, assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada quer na vertente relacional como laboral, a reintegração comunitária de doentes hospitalizados e a integração na comunidade de doentes já vinculados ao programa tanto ao nível laboral, actividades de lazer, etc. No entanto, para atingirem estes objectivos, as utentes desenvolvem conhecimentos e prática ao nível da higiene pessoal; tratamento de roupa; organização e a gestão do espaço; arrumo da residência; preparação das refeições; compras, economia doméstica e gestão de dinheiro; manejo de medicação; saúde e segurança; gestão de tempo; utilização de recursos de suporte social e treino de habilidades sociais com vista à socialização.

No sentido de proporcionar a todas estas utentes uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por três Enfermeiras, uma Psicóloga, uma Assistente Social, duas Monitoras, um Professor de Educação Física, um Médico Psiquiatra e de Clínica Geral.

Portanto, a cooperação e articulação da equipa são no sentido de assegurar a individualização e estabilidade das doentes numa vida normalizada, visando acima de tudo a melhoria do estado de saúde da utente e a sua reintegração na comunidade (ANEXO II).

O módulo III, Gerontopsiquiatria, decorreu na Unidade do Sagrado Coração de Jesus da Casa de Saúde do Bom Jesus. A Unidade foi fundada em 1950 e visa o internamento de doentes do foro psiquiátrico e psicogeriatrico, de longa duração. Tem capacidade para 80 doentes, destina-se ao internamento de doentes predominantemente do sexo feminino e com idade superior a 65 anos, muitas delas dependentes para todas as actividades de vida diária. Situa-se num edifício de três andares. No rés-do-chão encontra-se os refeitórios (nos quais são servidas as três principais refeições), salas de actividades e visitas, marquise, gabinete médico e de Enfermagem, arrecadação, WC, quarto de urgência devidamente equipado, vestiário, quartos particulares e enfermaria. O 1º e 2º andar dispõe de quartos particulares e enfermarias, WC e salas de estar, sendo o seu acesso efectuado através de escadas interiores ou de elevador.

No sentido de dar resposta às necessidades das utentes internadas, existe uma equipa multidisciplinar, composta por quatro Médicos (Psiquiatra, Neurologista, Ginecologista, Estomatologista), nove Enfermeiros, dezassete Ajudantes de enfermaria, uma coordenadora das ajudantes de enfermaria, uma Psicóloga, uma Assistente Social, um Professor de Ginástica, uma Fisioterapeuta, uma Terapeuta Ocupacional, uma Monitora auxiliar, uma Ajudante de ocupação, uma Nutricionista, Irmãs religiosas (1 irmã enfermeira, responsável de serviço) e Noviças. Os esforços da equipa multidisciplinar da Unidade do Sagrado Coração de Jesus são no sentido de um tratamento adequado ao problema de saúde de cada doente, visando sempre uma melhor qualidade de vida. Pois, a filosofia da Unidade assenta na doente, na sua globalidade e potencialidade, sendo proporcionado a todas as utentes um conjunto de actividades, delineadas e programadas em função das capacidades, tendo em vista a sua reabilitação ou estimulação, sendo estas realizadas sempre com empenho e colaboração de toda a equipa. (ANEXO III)

2. Operacionalização do Projecto

O projecto realizado de nada serve se não for colocado em prática e utilizado em prol da melhoria da qualidade dos cuidados ao indivíduo/família. Foi meu intuito dar uma resposta adequada a esta etapa, dada a natureza do trabalho que pretendia desenvolver. No entanto, para tal facto considero que foi essencial a articulação de conhecimentos adquiridos no sentido de adquirir competências previstas e evidenciar a sensibilidade dos ganhos a abordar pelo enfermeiro especialista na área da saúde mental e psiquiatria e do mestrado em Enfermagem.

Neste âmbito, passo a descrever de forma reflexiva as actividades realizadas durante o estágio do mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, seguindo como linha orientadora os objectivos traçados inicialmente em projecto.

2.1 Objectivos Específicos comuns aos módulos

Foram esboçados no projecto de estágio três objectivos que são comuns aos dois módulos, tendo-me permitido ter um fio condutor durante todo o percurso do estágio.

- Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nas respectivas unidades de estágio

As mudanças sociais e tecnológicas que caracterizam a actualidade, bem como a crescente complexidade das estruturas organizacionais conduziram ao imperativo de qualidade, considerando-se como principal objectivo da sua garantia a satisfação do utente. Portanto, a qualidade torna-se crucial na prestação de cuidados, uma vez que esta acata princípios chave como o trabalho em equipa, uma focalização no utente, o quebrar de barreiras profissionais e uma melhor gestão de recursos.

Neste sentido, cabe a todos os profissionais, nomeadamente ao enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, promover a prestação de cuidados com qualidade. Como tal, ao longo do estágio foi meu intuito interceder tanto junto dos

profissionais de saúde como junto dos sujeitos alvos do foco de cuidados, para detectar possíveis necessidades de intervenção nas diversas áreas do contexto da prestação de cuidados e posteriormente desenvolver acções que promovam a melhoria desses cuidados, atenuando o impacto negativo da doença mental e consequentemente a institucionalização.

- Promover a sensibilização, o apoio e orientação de temáticas na área da Saúde Mental, ao utente, nomeadamente, a temática da Depressão

Frequentemente na prática diária se constata que o estigma da doença mental é ainda bastante forte, afectando não só a pessoa com doença mental, mas também os seus familiares e inclusive os profissionais de saúde. Neste sentido, torna-se imprescindível uma intervenção neste âmbito, tendo os enfermeiros um papel fundamental, uma vez que possuem conhecimentos que lhes permitem uma actuação abrangente e crucial junto dos utentes e populações, podendo intervir de diversas formas nesta área. Existe sobretudo uma necessidade de sensibilização da comunidade para desmistificar a doença mental. Assim sendo, ao longo do estágio foi minha finalidade planear e implementar intervenções relacionadas com temáticas na área da Saúde Mental, no sentido de diminuir o estigma e promover a saúde mental.

- Promover a continuidade dos cuidados de enfermagem envolvendo a família e cuidadores de forma a reduzir o impacto da doença Mental e facilitar a inserção dos doentes na comunidade

Fomentar parceria e continuidade de cuidados com o utente/família foi uma meta a atingir durante o estágio, pelo que realizei ensinamentos em áreas que identifiquei como problemáticas, além de que informei as utentes e seus familiares de apoios disponíveis na comunidade, em situações de agravamento ou recaída do estado clínico. Saliento o facto de poucos familiares conhecerem associações de familiares e mesmo linhas de apoio, pelo que considero fundamental o investimento por parte dos serviços de saúde na divulgação dos recursos existentes. Pois, de nada servem os serviços, ou recursos se estes não são do conhecimento de quem deles necessita.

2.2 Objectivos Específicos

No sentido de tornar o estágio mais coeso, intercessor de novas aprendizagens e tendo em conta a especificidade dos campos de estágio tracei objectivos específicos para cada módulo.

Deste modo, neste subcapítulo passo a citar os diferentes módulos e os objectivos que pretendia alcançar respectivamente, bem como a descrição das actividades desenvolvidas tendo em vista a aquisição de competências essenciais.

2.2.1 Módulo I – Serviço de Reabilitação

➤ Conhecer a dinâmica do Serviço

O primeiro contacto com o campo de estágio foi um momento vivenciado com muita expectativa, uma vez que eram inúmeros os sentimentos que me preenchiam. Daí, emergir uma necessidade iminente de conhecer a dinâmica do serviço, tendo recorrido à Enfermeira Tutora, no sentido de me disponibilizar informação e documentos relativos ao serviço (manual de integração folhas de registos, etc.), clarificar conteúdos relativos a organização e funcionamento serviço, sobretudo as competências do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional do serviço, assim como me dar a conhecer toda a estrutura física e recursos materiais existentes. No entanto, também consultei normas e protocolos existentes no serviço, para uma melhor compreensão do funcionamento e organização do serviço. Esta orientação inicial foi fundamental para que me poder integrar plenamente no serviço, para por em prática as actividades delineadas, bem como para me elucidar acerca do projecto pessoal para o estágio e reflectir sobre o mesmo.

O receio inicialmente sentido por se tratar de uma realidade diferente da que estou familiarizada, deu lugar ao desejo de conhecer melhor diferentes patologias na psiquiatria e por conseguinte obter novas aprendizagens. Para tal, muito contribuiu a equipa multidisciplinar que me recebeu da melhor forma, demonstrando-se sempre atenciosa para comigo e propiciando – me um clima de aprendizagem muito acolhedor, tendo sido um contributo também fundamental para a minha integração no serviço.

A prestação de cuidados foi um dos pontos fortes nas duas primeiras semanas de estágio, pois pude aperceber-me da diversidade de cuidados que as utentes necessitam, na área da reabilitação. Daí que, fui averiguando e identificando necessidades de intervenção, sendo estas, sobretudo no âmbito da higiene pessoal, da alimentação, da socialização, da interacção/comunicação enquanto grupo e do conhecimento relativamente aos direitos/deveres e objectivos terapêuticos a atingir enquanto utentes inseridas no programa.

No entanto, considero que ao longo do estágio foi fundamental a observação, o trabalho em equipa e a participação na dinâmica do serviço. Pois, tive a oportunidade de participar em reuniões com a equipa multidisciplinar do serviço, reconhecendo quais as competências do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional do serviço e portanto, considerar que os contributos do enfermeiro especialista dependem essencialmente da capacidade de diferenciar, de diagnosticar, de decidir bem e intervir adequadamente, assim como, de promover o pensamento critico reflexivo na restante equipa.

Considero que a minha integração no serviço de Reabilitação, decorreu de uma forma gradual, com o apoio e orientação de Enfermeira Tutora. Ao longo deste período, do ponto de vista relacional propiciaram-se momentos únicos de interacção com o indivíduo, tendo tido a oportunidade de desenvolver competências comunicacionais e estabelecer relações terapêuticas adequadas. Por outro lado, demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar, tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, com o intuito de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Porém, também pude desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria ao indivíduo, tornando-se estes momentos a base estrutural de todas as aprendizagens subsequentes.

➤ Promover a integração dos utentes na comunidade

A doença mental afecta cada vez mais pessoas em todo o mundo... e muitas são as que sofrem em silêncio... Pois, o défice de informação sobre a saúde mental e psiquiatria é latente nos utentes, nas famílias e demais comunidade, existindo mesmo uma

discriminação em consequência de um estigma, que dificulta o tratamento, a reabilitação e a integração social dos utentes. Este estigma não só afecta a pessoa com doença mental, mas os seus familiares e inclusive os profissionais de saúde, tal como refere Berrio (2008).

Segundo as indicações da Organização Mundial de Saúde (2001) e do Conselho Nacional de Saúde Mental (2005) existe uma necessidade de sensibilização da comunidade para desmitificar a doença mental, de promover a saúde mental e de recuperar os direitos humanos das pessoas com tais transtornos. Neste âmbito, e segundo a Organização Mundial de Saúde (2007) os enfermeiros têm um papel chave intervindo de diversas formas nesta área, uma vez que, possuem conhecimentos que lhes permitem uma actuação abrangente e crucial junto dos utentes e populações.

Neste sentido, e sobretudo para uma melhor integração/participação das utentes na comunidade, tendo sempre subjacente a programação dos cuidados numa perspectiva de reeducação, reabilitação e reintegração social do utente na comunidade, delineei um projecto intitulado «Passo a Passo...». Expus o programa que havia esboçado à Enf. Tutora e debatemo-lo conjuntamente. No prosseguimento do debate, em conjunto com a Enf. ^a Tutora, reformulei no que diz respeito ao projecto de estágio e especificamente neste objectivo duas actividades, sendo elas:

- Planeamento e implementação de iniciativas na comunidade e o envolvimento das utentes;
- Programar os cuidados numa perspectiva de reeducação, reabilitação e reintegração social do utente na comunidade.

Pois, considero pertinente a implementação das iniciativas que delineei na comunidade, para assim poder fazer uma observação directa das relações das utentes com a comunidade. Quanto ao excluir a família, na programação de cuidados numa perspectiva de reeducação, reabilitação e reintegração social do utente, prendeu-se com o facto de a retaguarda familiar das utentes ser escassa, tornando-se desta forma impossível explorar a vertente familiar.

É um projecto que emerge da observação que fui fazendo ao longo do estágio, assim como da identificação de necessidades de intervenção que fui constatando, sendo estas,

sobretudo no âmbito: da higiene pessoal, da alimentação, da socialização, da interacção/comunicação enquanto grupo e do conhecimento relativamente aos direitos/deveres e objectivos terapêuticos a atingir enquanto utentes inseridas no programa de Reabilitação. É sobretudo um projecto que tem como intuito promover estilos de vida saudáveis e que se baseia tanto nos objectivos do serviço, como nos objectivos do Projecto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade, Aprendizagem), o qual integra este serviço de Reabilitação.

Numa primeira etapa do projecto, elaborei um contrato terapêutico juntamente com a equipa multidisciplinar do serviço – “Passo a Passo ...para a missão”. Aquando da sua elaboração, estiveram subjacentes tanto os objectivos do projecto C.A.S.A. o qual integra o serviço de Reabilitação, como os direitos/deveres das utentes. É um documento que abarca as normas do serviço, assim como, os objectivos a atingirem pelas utentes enquanto inseridas no programa de Reabilitação. Este, será entregue à utente aquando da sua chegada ao serviço e posteriormente, analisado para que não haja dúvidas. Após análise e ponderação a utente assinará o contrato comprometendo-se a cumprir as normas do serviço e o respectivo contrato. Realço o facto de ser fundamental o cumprimento dos objectivos terapêuticos, uma vez que, o atingimento destes com êxito será o ponto de partida para uma melhor integração/participação das utentes na comunidade. Porém, será Passo a Passo...que cada utente os concretizará... consumando no final a missão.

Posteriormente, implementei três sessões de grupo com objectivos terapêuticos, trabalhando determinadas terapias de grupo. Pois, tive a oportunidade de constatar ao longo do estágio através do contacto e convivência com as utentes que é frequente existirem dificuldades de comunicação e conflitos no seio do grupo. Por outro lado, também observei que existe uma baixa socialização entre as utentes, uma dificuldade latente na resolução de problemas, assim como no reconhecimento de mudanças e na utilização do grupo como um recurso de inter-ajuda. Daí, achar pertinente uma intervenção na gestão de conflitos, resolução de problemas e promover auto-ajuda entre o grupo.

Neste âmbito, e no sentido de facilitar/ reforçar a interacção e o funcionamento do grupo, considero as dinâmicas de grupo um processo de abordagem privilegiado. Pois,

trata-se de uma área onde as dinâmicas podem desempenhar com elevada eficácia um papel muito importante na construção, desenvolvimento e manutenção de um ambiente adequado ao bom funcionamento de um grupo. Deste modo, torna-se evidente realçar o grupo de utentes do campo de estágio, que apresenta diversas alterações de diagnósticos de enfermagem, as quais podem e devem ser trabalhadas através de terapias de grupo, como por exemplo, a dificuldade de socialização, comunicação, participação, adaptação, aprendizagem de capacidades e conhecimentos, entre outros.

As sessões de grupo projectadas foram as seguintes:

- Sessão nº1 «Passo a Passo... para viver em grupo»;
- Sessão nº2 «Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada»;
- Sessão nº3 «Passo a Passo... para uma alimentação saudável».

Na sessão nº1 era objectivo geral promover a interacção do grupo e consequentemente como objectivos específicos promover a comunicação entre o grupo, promover a expressão de sentimentos e a partilha de problemas, explorar as inter-relações do grupo, detectar problemas entre o grupo e desenvolver a confiança do grupo. Ao longo da sessão, não foram expostos ou observados conflitos/problemas entre o grupo. Existe sim, uma dificuldade de interacção adequada e défices de comunicação por parte de algumas utentes, estando estes aspectos tendencialmente relacionados com a patologia associada.

O objectivo geral da 2ª sessão era sensibilizar as utentes para a importância da higiene pessoal e concludentemente avaliar conhecimentos sobre a higiene pessoal, explorar as opiniões do grupo sobre esta temática, promover a partilha de experiencias, sensibilizar as utentes para o cumprimento dos hábitos de higiene pessoal, explorar relações entre o grupo e promover estilos de vida saudáveis.

Relativamente à sessão nº 3, esta teve como objectivo geral sensibilizar as utentes para a importância de uma alimentação saudável e como objectivos específicos: avaliar conhecimentos sobre uma alimentação saudável, explorar as opiniões do grupo sobre esta temática, promover a partilha de experiencias, sensibilizar as utentes para o cumprimento dos hábitos de uma alimentação saudável, explorar relações entre o grupo e promover estilos de vida saudáveis.

Todas as sessões decorreram dentro da normalidade pois, de um modo geral as utentes demonstraram interesse, motivação, sentido de responsabilidade, partilha e autonomia.

No que diz respeito, à minha prestação enquanto dinamizadora das sessões, senti na primeira sessão inicialmente uma inquietação, dado ser a primeira vez que iria realizar um trabalho deste tipo e também porque não sabia qual iria ser a receptividade das utentes. Contudo, com o decorrer da sessão fui me sentindo confiante e segura, pois as utentes evidenciavam empenho e interesse no tema.

Tinha como desígnio, enquanto dinamizadora efectuar as sessões com eficiência e entusiasmo, de modo a despertar interesse e motivação nas utentes. As apresentações processaram-se de uma forma espontânea, tendo tido sempre presente o envolvimento e a participação dos elementos do grupo. Deste modo, considero ter superado as expectativas, relativamente a esta etapa do projecto, pois, as utentes ao longo das sessões evidenciaram empenho e interesse nos temas, tendo tido sempre uma participação activa.

Por fim, realizei juntamente com quatro utentes e uma monitora do serviço, uma ida às compras a uma superfície comercial – “Passo a Passo...na comunidade”. Deste forma tive a possibilidade de observar a relação das utentes com a comunidade e de fazer a respectiva avaliação das suas dificuldades de integração na comunidade. Porém, aquando do seu planeamento, tinha como intuito quebrar o isolamento do doente mental e apoiar a pessoa portadora de doença mental a ter uma vida normal, equilibrada, sentindo-se útil na sociedade.

Sendo assim, inicialmente uma das utentes com o auxílio da monitora, das restantes utentes e com a minha supervisão elaborou o plano das refeições para a semana, o plano semanal de compras e a lista de necessidades. No hipermercado todas as utentes colaboraram aquando da realização das compras, demonstrando destreza, habilidades e competências para tal, sendo exemplos claros disso a capacidade de relacionar a qualidade/preço dos produtos, de ver os prazos de validade dos alimentos e o acondicionamento do produto. Posteriormente, abordei-as quanto ao preço total das compras efectuadas. Três delas tiveram a percepção do valor real das compras efectuadas, tendo apenas uma utente citado um valor desajustado. De uma maneira geral todas as utentes demonstraram à vontade no hipermercado, tendo estabelecido um bom

feedback com os empregados sempre que necessário. Não evidenciaram receios ou constrangimentos.

No entanto, constatei que algumas pessoas presentes no hipermercado espreiavam um olhar receoso e afastavam-se. No final, desta iniciativa na comunidade com o envolvimento das utentes, saliento que no caminho para a sua recuperação são inúmeros os obstáculos que têm a desafiar e a ultrapassar. No entanto, será Passo a Passo... que tal acontecerá, sendo imprescindível que o doente mental, cidadão de pleno direito, não seja excluído, mas sim apoiado na sua integração na comunidade. Assim, o serviço de Reabilitação é para ele um local de encontro e sobretudo... um ponto de partida (ANEXO IV).

Ao esboçar este projecto o meu sentimento era de grande expectativa, tendo tido por vezes, momentos de algum receio, uma vez que, não sabia qual iria ser a receptividade das utentes relativamente a este trabalho. No entanto, este foi ultrapassado progressivamente e as expectativas foram superadas pois, tive uma enorme receptividade das utentes ao longo da sua realização. Considero ter tido momentos de grande aprendizagem tendo sido a sua execução gratificante, uma vez que foi extremamente enriquecedor o desenvolvimento e a sua adequação prática.

A implementação deste projecto tem tido seguimento no Serviço de Reabilitação, uma vez que aquando da chegada de uma utente nova ao serviço é entregue e analisado o Contrato Terapêutico e são realizadas periodicamente sessões de grupo alusivas a inúmeros temas. Contudo, também é elaborado semanalmente o plano das refeições e de compras, bem como a lista de necessidades e posteriormente um grupo restrito de utentes com uma monitora vão às compras a uma superfície comercial. O projecto é apenas um ponto de partida, pois inicialmente pretende-se que o utente cumpra o Contrato Terapêutico (enquanto inserido no programa de Reabilitação), para posteriormente se integrar na sociedade da melhor forma possível, desafiando e ultrapassando os diversos obstáculos.

Atendendo que a Reabilitação da pessoa com doença mental é actualmente uma das exigências das políticas de saúde, a implementação do projecto realizado, torna-se fundamental, uma vez que abrange um conjunto de intervenções para efectuar uma prestação de cuidados com qualidade, nomeadamente, a nível da prevenção terciária.

A consecução deste trabalho permitiu-me otimizar a capacidade de imaginação inerente à criação de algo original e adaptável às circunstâncias e vivências diárias, visando sempre a inovação, a mudança e o progresso social. A nível relacional fomentei aptidões quanto ao planeamento e execução da Relação de Ajuda estruturada, facilitando a expressão aberta e autentica de sentimentos e pensamentos. Por outro lado, também desenvolvi competências essenciais, no que diz respeito, à intervenção em situações de crise, demonstrando capacidade de intervir de uma forma hábil, bem como de tomar decisões perante situações complexas e imprevisíveis na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao longo desta etapa foi meu desígnio produzir um discurso fundamentado, atendendo às diferentes perspectivas dos problemas de saúde com que me ia deparando, evidenciando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Saúde Mental e Psiquiatria. No entanto, também fui aperfeiçoando o meu método de trabalho, estruturando-o cientificamente, mas tornando-o suficientemente flexível para me permitir uma visão de perito, tendo assim otimizado proficiências na gestão de cuidados, que me possibilitam uma abordagem holística do indivíduo integrado na comunidade. Contudo, tendo por base os conteúdos teóricos abordados durante o mestrado, também tive a oportunidade de planejar, executar e avaliar Dinâmicas de Grupo com objectivos terapêuticos, baseadas em diagnósticos de Enfermagem, tendo assim adquirido competências na realização deste tipo de Psicoterapia.

➤ Sensibilizar para a importância de um despiste precoce de indivíduos com depressão

No sentido de sensibilizar as utentes e as monitoras do serviço de Reabilitação, para a importância de um despiste precoce de indivíduos com depressão, procedi à identificação das utentes internadas com antecedentes de Depressão. Neste contexto, iniciei uma pesquisa nos processos clínicos das utentes, com o intuito de investigar naquele grupo de utentes, além de antecedentes de Depressão também quais os sinais/sintomas de Depressão mais frequentes. Esta pesquisa foi para mim bastante positiva, pois permitiu-me ter conhecimento do numero real de utentes que já contiveram Depressão e nomeadamente, perceber qual os sinais e sintomas que manifestaram. Constatei que as utentes identificadas com antecedentes de Depressão iniciaram um

quadro clínico de tristeza, perda de interesse por actividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil, conduzindo à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades no dia-a-dia. Também embargavam um sentimento de responsabilidade ou mesmo vergonha por sofrerem da doença e em vez de procurarem ajuda, preferiam esconder-se em casa, continuando a sofrer e sentindo-se mesmo como se fossem um fardo demasiado pesado para a sociedade.

Diversos são os preconceitos relativamente à depressão e os quais contribuem para a dificuldade em transmitir a mensagem de que a depressão é uma doença facilmente diagnosticável e tratável. Daí, ser necessário do meu ponto de vista um programa educativo de saúde pública, global e bem estruturado, que encoraje os doentes que padecem destas perturbações psicológicas a recorrerem ao apoio disponível e discutirem os seus problemas. Contudo, o estigma associado às doenças psíquicas e o preconceito contra a doença psiquiátrica, em geral, e à depressão, em particular, pode ser responsável por alguma renitência que existe em relação ao diagnóstico de depressão.

Neste contexto, é fundamental um despiste precoce de indivíduos com depressão, assim como, o diagnóstico de depressão precoce, uma vez que, este pode diminuir o tempo de sofrimento do doente, reduzir o tempo de evolução da doença, obtendo-se assim um melhor prognóstico e tornando-se benéfico para o doente. No entanto, para que o diagnóstico seja feito numa fase inicial é necessário sobretudo que as pessoas estejam precavidas acerca dos sintomas que são um sinal de depressão, para assim recorrerem ao médico.

Acatando que a Depressão está reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública e o objectivo do módulo no qual se enquadra este estágio é a promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção, achei pertinente a realização de uma Sessão de Educação para a Saúde alusiva à temática da Depressão. O objectivo geral desta acção foi sensibilizar as utentes para a importância de um despiste precoce de indivíduos com depressão e consequentemente, para a importância de um diagnóstico precoce (ANEXO V). Pois, no que diz respeito à Depressão a prevenção é sempre a melhor abordagem, uma vez que

permite a intervenção precoce de profissionais de saúde e impede o agravamento dos sintomas.

Aquando da preparação da sessão, realizei pesquisa bibliográfica e agreguei aquilo que considerei essencial realçar. A pesquisa que efectuei permitindo-me relembrar alguns conceitos e aprofundar os meus conhecimentos na área, tendo planeado a sessão de forma a tornar a mais interactiva possível. Ao longo desta, de um modo geral todas as utentes demonstraram atenção e disponibilidade de aprendizagem, tendo havido sempre um bom feedback. Tiveram uma participação activa tendo evidenciando interesse, empenho, motivação, sendo exemplo os relatos que algumas utentes fizeram da sua experiencia e vivencia. Por outro lado, também comprovaram ter conhecimentos acerca de alguns sintomas e factores de risco associados à depressão. No final, foi entregue um panfleto alusivo à temática da Depressão (ANEXO VI).

No que se refere ao meu desempenho durante a sessão considero que foi positivo. Pois, consegui mantê-la interessante, captando a atenção das participantes e torná-la num momento de reflexão e aprendizagem conjunta. Além de que, também considero ter atingido os objectivos a que me propôs inicialmente com esta sessão.

O desenvolvimento das actividades atrás mencionadas permitiram-me adquirir aptidões na realização de Educação para a Saúde, assim como dotar os intervenientes de conhecimentos relevantes, na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Ao longo deste percurso fui demonstrando capacidade de responder perante situações imprevistas e complexas, tendo para tal tomado iniciativas e sendo criativa na interpretação e resolução dos problemas.

2.2.2 Módulo III – Unidade Sagrado Coração de Jesus

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados ao utente na gerontopsiquiatria, proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiatria

No sentido de atingir o objectivo a que me propus ao longo do estágio perseverarei na prestação de cuidados, tendo tido a oportunidade de realizar determinadas actividades previstas em projecto de estágio, nomeadamente:

- Aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria; Melhoramento contínuo da minha intervenção, tendo por base a reflexão e aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no decorrer do mestrado profissional; Cooperação de forma directa e participativa com a equipa de enfermagem; Acolhimento do utente/família de forma individualizada; Abordagem do utente/família atendendo à sua condição física, psicológica, emocional e sociocultural interagindo em conformidade; Desenvolver uma relação interpessoal com o utente e em grupo, de forma a promover a sua recuperação ou diminuição de comportamentos patológicos; Actuação atendendo aos princípios éticos e deontológicos; Avaliação das intervenções de enfermagem, verificando se a abordagem foi a mais aconselhável, atendendo à qualidade na prestação de cuidados; Realização de ensinamentos informais, oportunos e adequados às necessidades do utente/família; Execução de registos de enfermagem precisos e completos, nos modelos em vigor na instituição; Reflexão sobre as experiências vivenciadas e confrontá-las com os conhecimentos teóricos adquiridos.

A realização destas actividades permitiram-me abrir horizontes e perceber que mesmo quando pensamos que aquilo que fazemos é o melhor, há sempre algo mais a fazer e a aprender, no sentido de preservar a qualidade de vida das utentes. Por outro lado, também me permitiram progredir no desenvolvimento de determinadas proficiências na prestação de cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria ao indivíduo, tendo para isso contribuído, em muito, os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no mestrado. Considero que percorri um trajecto bastante gratificante, evidenciando capacidade de manter a serenidade em situações de índole emotiva ou de stress utilizando um espírito de improviso sem prejuízos, bem como demonstrando aptidão criativa perante o imprevisto, recorrendo à intuição, mobilizando saberes e capacidades intelectuais, emocionais e sensoriais, agindo sempre numa atmosfera de inovação, manipulando sistematicamente os princípios básicos dos saberes e das técnicas.

Foi uma experiência bastante proveitosa, uma vez que dispus da oportunidade de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o utente e

família, isto à medida que ia reflectindo na e sobre a minha prática profissional, de uma forma critica. Contudo, também fui zelando pelos cuidados prestados na área da saúde mental e psiquiatria, tendo assim adquirido competências na gestão dos mesmos, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o utente e família.

Foram surgindo alguns obstáculos sendo particularmente a comunicação o que causou maior dificuldade. Pois, tanto utentes como familiares têm dificuldades auditivas, visuais, assim como dificuldades de compreensão da mensagem, originando consequentemente, um impedimento de interacção adequada. Portanto, fui desenvolvendo, estratégias para contornar esta dificuldade de comunicação minimizando deste modo o enigma. Neste sentido, tive em atenção a linguagem, tendo utilizado palavras adequadas ao nível cultural da utente e sempre que possível usava a linguagem verbal e não verbal para fortalecer a mensagem. Por outro lado, procurei estar mais atenta enquanto a utente falava, mostrando disposição em partilhar a conversa, bem como durante a prestação de cuidados tornaram a minha mensagem o mais clara e concisa possível, utilizando frases simples, curtas e concretas, falando lentamente e pronunciando claramente as palavras.

Fui assim desenvolvendo competências relacionais/comunicacionais e demonstrando capacidade de utilização de técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Ao longo do estágio elaborei um Estudo de Caso com o intuito de:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar do doente e família com perturbações do foro psiquiátrico;
- Identificar necessidades, capacidades e limitações do doente psiquiátrico;
- Elaborar e implementar um plano de cuidados segundo a linguagem da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).
- Aplicar modalidades psicoterapêuticas.

A concretização deste trabalho possibilita a fundamentação teórica de determinada patologia, permite uma assistência individual e personalizada do doente e família, facilita a comunicação multidisciplinar, assim como a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, contribui para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem (Heidgerken, 1963, citada por Galdeano *et al.*, 2003).

Portanto, com a realização do estudo de caso observei, analisei e descrevi a situação clínica de um doente, formalizando conhecimentos para o desenvolvimento pessoal e profissional ao mesmo tempo que apliquei um plano de cuidados individualizado dinâmico ao doente em estudo. Através deste método recolhem-se informações, analisam-se dados, reflecte-se e avalia-se a evolução da situação do doente, Naumes (1999) citado por Galdeano *et al.* (2003). Consequentemente, segundo Martins (1992) citado por Galdeano *et al.* (2003), com o estudo de caso consegue-se adquirir maior competência na adequação da teoria à prática a par de um maior aprofundamento de conhecimentos.

Assim sendo, o presente estudo de caso baseia-se na apresentação de uma doente com perturbações de humor, doença bipolar tipo I. Esta patologia caracteriza-se pelo desenvolvimento de um humor anormal apresentado sob a forma de depressão, mania ou ambos ou sintomas de forma alternada, Fauman (2002). De salientar que a selecção da utente, não foi obviamente aleatória, pois centrei-me numa patologia que necessitava dentro dos meus conhecimentos de aprofundamento teórico, bem como, no facto de ser uma utente que tem inerente a si um conjunto de problemas que suscitaram o meu interesse quer pela complexidade da sua vivência, quer pelo desafio da possível intervenção.

Penso ter atingido os objectivos propostos para a concretização do estudo de caso, com prós e contras necessários ao crescimento pessoal e profissional. Desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais permanecendo o máximo de tempo possível em interacção com as utentes. Tive oportunidade de aplicar o processo de enfermagem ao longo de todo o estágio, nomeadamente planear cuidados com a utente em estudo, quando o seu humor permitia, e avaliar a evolução das intervenções planeadas no contacto directo com esta. Tudo isto se concretizou na apresentação deste trabalho através da exposição de um plano de cuidados, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (ANEXO VII)

Por outro lado, ao longo do estágio fui presenciando que a problemática do envelhecimento implica alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência. É considerável o número de utentes internadas na Unidade do Sagrado Coração de Jesus com Demência, tendo tal facto me despertado um certo interesse.

Aquando da prestação de cuidados, tive a oportunidade de ir observando e reconhecendo suas limitações em termos físicos e cognitivos. Contudo, também assisti à realização de actividades de orientação espacio-temporal e de estimulação cognitiva, através da identificação de imagens, dinamizadas pela terapeuta ocupacional, tendo interferido pontualmente com algumas utentes. A participação nestas actividades permitiu-me perceber melhor as necessidades das utentes nos diferentes estádios de demência. Além disso, permitiu-me reflectir na necessidade de intervir com a população idosa demenciada, uma vez que se trata de um grupo vulnerável que não dispõe de apoios necessários. Assim emergiu o meu interesse e curiosidade na abordagem da promoção de apoio ao idoso com Demência e seus prestadores de cuidados.

Porém, justamente neste campo de estágio, anteriormente já haveria sido elaborado por uma aluna de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, um projecto neste âmbito, ao qual pretendo dar continuidade. Neste sentido, procedi à realização de uma leitura aprofundada e pormenorizada do Projecto, seguindo-se análise e reflexão. Trata-se de um projecto que visa o desenvolvimento de acções ao nível da promoção da saúde mental, do tratamento da doença, reabilitação/estimulação do doente idoso demenciado, e a redução de danos no que diz respeito à comorbilidade dos cuidadores.

A sua realização teve subjacente a identificação de um conjunto de necessidades dos idosos demenciados e seus prestadores de cuidados, relativos à identificação da sobrecarga, da satisfação com o suporte social e das dificuldades do cuidador, e ainda a dependência do idoso segundo o índice de Katz, Lawton e de Barthel. É um projecto que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida dos idosos com demência e seus prestadores de cuidados, através de um conjunto de estratégias diferenciadas, como a formação aos prestadores de cuidados, a realização de treino de memória, de

competências básicas e instrumentais do idoso, a realização de períodos de descanso para os prestadores de cuidados em sobrecarga física e psicológica.

Neste âmbito, no intuito de dar continuidade ao projecto optei pela realização de treino de memória, de competências básicas e instrumentais do idoso, tendo procedido ao delineamento do programa de estimulação dos autocuidados, o qual contempla as seguintes fases:

- Avaliação do doente (grelha de observação dos autocuidados);
- Programa de estimulação do respectivo auto-cuidado;
- Avaliação dos autocuidados (ANEXO VIII).

Considero que toda a estruturação deste programa foi uma experiência enriquecedora, na medida em que, me permitiu desenvolver determinadas aptidões, sobretudo pensar de forma analítica e sistemática, aplicando princípios fundamentais ou conceitos de análise de diferentes problemas ou situações. Por outro lado, pude fomentar a habilidade de realizar acções diversas e de ultrapassar obstáculos relativos ao exercício com base em objectivos propostos, tendo mobilizado variados conhecimentos. Deste modo, fui cooperando e promovendo a investigação em serviço, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, bem como noutras evidências.

➤ Optimizar a comunicação e o acolhimento aos utentes e familiares na unidade

Actualmente deparamo-nos com uma sociedade envelhecida e na qual os idosos apresentam sérios problemas sociais, de rejeição, de afastamento e de isolamento. Daí, um especial e particular interesse pelos idosos, constituiu uma das minhas principais motivações durante este estágio e a qual, me vem acompanhando ao longo destes quatro anos de actividade, enquanto profissional de Enfermagem. Pois, cabe ao enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, entender o declínio da pessoa como algo construtivo e não destrutivo.

Deste modo, torna-se fundamental o enfermeiro olhar para a pessoa idosa como um ser bio-psico-social e cuidá-la baseando-se numa perspectiva holística, deixar de lado as rotinas e barreiras, não ser construtor de actos automáticos mas sim, capaz de responder

a aspectos/ necessidades Físicas, Psicossociais e Emocionais. Só assim se consegue prestar cuidados de enfermagem personalizados, de excelência.

Portanto, no meu ponto de vista a velhice, enquanto ultima fase do ciclo da vida, requer intervenções específicas dirigidas às pessoas, com vista a promover uma maior qualidade de vida quer estimulando e fortalecendo as capacidades que estão diminuídas ou debilitadas, quer compensando as capacidades alteradas ou perdidas e ainda proporcionando uma morte digna. Face a esta realidade com que diariamente me deparo, vejo o processo de cuidar de um idoso com doença mental, como algo bastante complexo, mas ao mesmo tempo como um grande desafio.

Pois, para além de todos os problemas físicos/emocionais que a pessoa idosa pode apresentar, ela traz consigo toda uma história de vida, todo um conhecimento que faz dela alguém muito especial, um ser supremo. Portanto, Comunicação, Planeamento, Protecção, Cura, Conforto, Ensino, Reabilitação, Coordenação, Defesa e Conhecimentos são palavras-chave para os enfermeiros, que cuidam de idosos, as quais, sendo interligadas elevam os cuidados de enfermagem prestados ao nível da excelência.

Realço a **Comunicação** como uma competência indispensável ao meu desempenho profissional uma vez que, é a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. Contudo, também é um instrumento básico de enfermagem imprescindível no acto de cuidar, pois a prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal, tornando-se deste modo clara a sua importância como instrumento de enfermagem. Pois, apesar de a comunicação ser essencial para todos os momentos da nossa existência, é sobretudo especial nos momentos em que nos encontramos física, psicológica e emocionalmente debilitados e fragilizados, tornando-se assim a qualidade e eficácia da comunicação que se estabelece fundamental.

Neste sentido, considero importante a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos sobre a problemática da comunicação, a fim de exercer digna e proficientemente a tarefa de ajuda ao doente com competência e dedicação. Ou seja, neste contexto privilegiado de interacção, o doente é o centro da assistência, com quem se deverá estabelecer um relacionamento estreito, de respeito, compreensão e empatia, recorrendo a técnicas e

estratégias que façam desta comunicação um meio e uma experiência interpessoal correctiva, que poderá facilitar o aumento da auto-estima do doente, diminuir a ansiedade e adoptar um conjunto de comportamentos e atitudes que promovam qualidade de vida e bem-estar.

Foi neste encadeamento, que ao longo do estágio fui fomentando o processo de comunicação, com intuito de alcançar determinadas competências, desenvolvendo sobretudo técnicas e estratégias que façam da comunicação um instrumento de excelência, na prestação de cuidados ao utente/família. Ao reflectir sobre a minha prática profissional na Unidade do Sagrado Coração de Jesus, considero que no acto de cuidar em Enfermagem seja fundamental o estabelecimento de uma boa comunicação, sendo esta conseguida quando o emissor obtém o efeito pretendido no receptor, devendo este entender o mais fielmente possível a intenção do emissor.

Deste modo, tal como relata Stuart & Laraia (2001) comunicar é um processo dinâmico e interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos, podendo considera-la como um acto de partilha o qual, se for eficaz vai produzir sempre mudanças, não se ficando simplesmente pelo conteúdo, mas transmitindo também os sentimentos e emoções.

Neste âmbito, na área da Gerontopsiquiatria a comunicação utilizada durante o cuidar, é interpessoal, estabelece-se entre o idoso e o cuidador. Esta, detém um papel fundamental na interacção com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores. Um aspecto a salientar e que fui constatando ao longo do estágio é que além da riqueza e complexidade da comunicação interpessoal, as dificuldades aumentam consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um.

Neste sentido, através do contacto diário com os idosos, permaneci desperta para alguns aspectos, nomeadamente entender que a comunicação só é verdadeira quando interagem com o meio e o destinatário. Com efeito, também aferi que através da comunicação aprende-se e ensina-se, ao mesmo tempo que se quebra a solidão, dando-se resposta às necessidades de ordem intelectual, afectiva, moral e social.

Ao longo deste percurso, tornei a minha mensagem o mais clara e concisa possível, utilizando frases simples, curtas e concretas, falando lentamente e pronunciando claramente as palavras, com um vocabulário adequado ao idoso com um mesmo significado. Contudo, também foi meu intuito utilizar palavras adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível usar a linguagem verbal e não verbal para fortalecer a mensagem. Pois, considero a complementaridade dos dois tipos de comunicação muito importante na área dos cuidados aos idosos, uma vez que, aqui comunicar não se refere só aos conteúdos mas também aos sentimentos e emoções que se podem transmitir.

No entanto, no processo de comunicação tal como pude averiguar ao longo do estágio as barreiras existem, pelo que foi minha preocupação actuar no sentido de as minimizar, atendendo à personalidade de quem emite a mensagem e de quem a recebe, à linguagem utilizada e ao contexto onde é emitida a mensagem.

Relativamente à comunicação verbal uma das minhas maiores dificuldades prendeu-se com o facto de as palavras terem significados diferentes dentro de desiguais grupos culturais, uma vez que elas têm um sentido denotativo e um conotativo. No entanto, uma outra dificuldade é que atendendo que as palavras são apenas símbolos, elas raramente significam precisamente a mesma coisa para duas pessoas, originando mal-entendidos e erros de interpretação. Porém, foi analisando sua interpretação e associando também as informações do nível não-verbal, que consegui superar estes obstáculos/ dificuldades. Para Stuart & Laraia (2001) «*o relacionamento entre enfermeiro e paciente pode ser afectado pelas atitudes em relação à verbalização de pensamentos e sentimentos que fazem parte da cultura do paciente*». Portanto, compete ao enfermeiro empregar a comunicação verbal sustentada em dois princípios fundamentais: o respeito mútuo e a aceitação das diferenças culturais.

No que diz respeito, à comunicação não – verbal também me deparei com alguns obstáculos, nomeadamente na interpretação correcta das mensagens, pois às vezes o corpo do utente revela vários sentimentos diferentes e até conflitantes ao mesmo tempo. Assim, uma vez que o significado do comportamento não-verbal é tão subjectivo, foi meu intuito analisá-lo ao pormenor. Neste sentido, ia respondendo à diversidade de comportamentos não – verbais manifestados pelo utente, nomeadamente,

inflexões de voz, movimentos corporais, gestos, expressão facial e postura. Posteriormente, tentava confirmar seu significado recorrendo às palavras e ao tom de voz que indicavam uma verdadeira tentativa de esclarecimento ou validação.

Porém, outra barreira constante à comunicação durante o estágio, relacionou-se com o facto de muitos utentes sofrerem de um nível relativamente alto de ansiedade. Esta, estava ligada sobretudo a medos preconcebidos de envelhecimento. Por outro lado, também determinados utentes com problemas de percepção, com detrimento visual e auditivo complicavam o processo de comunicação.

Assim sendo, para ultrapassar tais barreiras era imprescindível escolher a forma de comunicação, sendo esta feita em concordância com quem nos estava a ouvir para assim a nossa mensagem ser recebida. Deste modo, a capacidade de comunicar de qualquer forma permitia enriquecer a vida e a qualidade dos cuidados à pessoa idosa. Pois, muitas vezes a dificuldade que os idosos podem ter em comunicar compromete-lhes a auto-estima, criando barreiras e muitas vezes sentimentos de ira ou indiferença, que podem resultar no isolamento social ou mesmo alienação.

Portanto, comunicar *“é uma arte que não consiste somente numa troca de palavras, mas num partilhar de emoções, de sentimentos e ideias. Comunicar exige assim da parte da enfermeira a capacidade de falar e de escutar”* (Berger 1995:502).

Uma outra perspectiva, é a frequência com que nos deparamos com uma diversidade de problemas de comunicação nos Serviços de Saúde Mental, pois o défice de informação sobre a saúde mental e psiquiatria é latente nos utentes, nas famílias e demais comunidade, existindo mesmo uma discriminação em consequência de um estigma, que dificulta o tratamento, a reabilitação e a integração social dos utentes.

Portanto, nos Serviços de Saúde Mental as dificuldades de comunicação prendem-se sobretudo com a transmissão de informação, uma vez que o tempo que lhe é dedicado é escasso e também porque a informação é insuficiente, imprecisa e ambígua ou por vezes é excessivamente técnica. No sentido de contrariar/combater este panorama nos serviços de saúde e tendo por base a identificação de uma necessidade de intervenção neste âmbito, elaborei um Placar de Enfermagem na Unidade do Sagrado Coração de Jesus, no qual irá ser fixada variada informação, assim como implementei uma caixa de sugestões, dirigida aos familiares e utentes.

Cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade e a vivência de uma situação de crise desencadeada por uma doença e que leve ao internamento altera este quadro e torna a pessoa mais vulnerável. Contudo, o medo do desconhecido e as incertezas que se instalam tanto no utente internado como nos seus familiares são as experiências mais negativas e ameaçadoras para a sua segurança, as quais advém do facto de muitas das suas necessidades estarem alteradas.

A qualidade do Acolhimento poderá ter repercussões positivas ou negativas na recuperação do utente e na própria imagem da Unidade de Saúde. Logo, cabe ao Enfermeiro executar o Acolhimento de uma forma racional e personalizada, para que este resulte numa diminuição da ansiedade do utente, na sua integração ao hospital, na aceitação da sua condição, na sua colaboração no tratamento/intervenção indicado, na expectativa da sua cura ou melhoria e na ajuda para a resolução de problemas individuais ou familiares.

Neste contexto, considero o Acolhimento como um momento único de comunicação e um cuidado de enfermagem por excelência. No entanto, ao reflectir sobre a minha prática profissional na Unidade do Sagrado Coração de Jesus, identifiquei algumas dificuldades no processo de Acolhimento do enfermeiro ao utente, tais como:

- Fornecimento de informação reduzida sobre as rotinas/organização do serviço;
- Não envolver a família no processo de admissão;
- Não proporcionar ao utente grande disponibilidade na admissão;
- Utilizar muitas vezes uma linguagem inapropriada ao perfil do utente.

A consciencialização destes factos predeterminou a elaboração de um Guia de Acolhimento para utentes/familiares, com o intuito:

- Transmitir informações concretas e pertinentes sobre a dinâmica organizacional do serviço;
- Mostrar a disponibilidade da equipa de Enfermagem para o esclarecimento de dúvidas;

- Servir como orientação da entrevista com o utente e família para obter dados sobre ele, sua vida familiar, social, afectiva e económica, assim como identificar problemas reais e/ou potenciais.

Porém, senti algumas dificuldades em seleccionar os temas a abordar no Guia de Acolhimento, pois não pretendia fornecer grande quantidade de informação e correr o risco de dispersar a atenção do utente/família ou aumentar-lhes a ansiedade. Assim, após uma demorada reflexão optei por focar os seguintes temas:

- Breve Historial;
- Equipa multidisciplinar;
- Visitas;
- Normas e regras da Unidade;
- Telefonemas/ Informações;
- Actividades desenvolvidas ao longo do dia com o respectivo horário.

(ANEXO IX)

Este Guia será entregue à utente/família aquando da sua chegada à Unidade e posteriormente analisado para que não hajam duvidas. A sua existência proporcionará uma melhor interacção entre Enfermeiros e utentes/Famíliares e consequentemente uma maior optimização dos recursos. No entanto, saliento que este processo não é estanque, haverá necessidade de avaliações periódicas e sistemáticas tornando-o contínuo, dinâmico e sujeito a melhoria, com a intervenção de todos os que prestam cuidados.

Assim sendo, considero que ao longo do estágio fui expondo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, respeitando as suas crenças e cultura. Além de que, cooperei para a amortecimento do défice de informação na área da saúde mental e psiquiatria, difundindo informação pertinente e acima de tudo envolvendo a família no processo de cuidar. Assim pude desenvolver as minhas competências comunicacionais e capacidade de estabelecer relações terapêuticas apropriadas. Neste âmbito, foi fundamental gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiencia profissional e de vida e da minha formação pós-graduada.

➤ Desenvolver competências na realização de técnicas de relaxamento

O relaxamento hoje em dia assume uma grande importância em diversos assuntos da actualidade, sobretudo na área da saúde, uma vez que tantos jornais como textos publicados na imprensa evidenciam os benefícios do relaxamento para a saúde.

No dia-a-dia da prática profissional na Unidade do Sagrado Coração, pode-se constatar que as utentes têm pelo menos uma doença crónica do foro médico e vários problemas concomitantes, para além de que sofrem de artrite, problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos e défice auditivo ou visual. Cada uma destas situações pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida, gerando muitas vezes ansiedade, stress e medo. Portanto, torna-se fundamental adequar as estratégias de intervenção para os idosos, de forma que estes ultrapassem com sucesso situações de stress frequentes durante o envelhecimento.

Neste âmbito, considero as técnicas de relaxamento um processo de abordagem singular, assim como bastante eficaz neste grupo populacional e de utentes, devido aos desafios tanto emocionais quanto físicos que experimentam. Pois, através destas o idoso pode atingir o relaxamento que muitas vezes a ansiedade, o stress e o medo não permite. Neste contexto, destaco o grupo de utentes do campo de estágio, os quais detêm determinados focos de atenção para a prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e os quais podem ser trabalhados através de técnicas de relaxamento.

Foram planeadas e realizadas sessões de relaxamento físico e psicológico para três grupos de utentes distintos. Optei por envolver um exercício de relaxamento progressivo e a visualização dirigida para objectivos, pois era meu interesse e curiosidade saber qual das vertentes do relaxamento (física ou psicológica) a utente mais simpatiza, para além de dispor da oportunidade de desenvolver aptidões nas duas vertentes. No planeamento das sessões tornou-se imperativo a selecção do grupo de doentes, tendo para tal, procedido à consulta dos processos clínicos, atendido aos focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem subjacentes e baseando-me na observação que efectuei durante a prestação de cuidados. De salientar, que as utentes apresentavam características bastante peculiares, desde a diminuição da acuidade auditiva, visual, patologias prévias, o que se tornou um desafio muito aliciante.

Considero que fui aperfeiçoando as técnicas de relaxamento, tendo atingido o objectivo a que me propus inicialmente, pois de um modo geral as utentes no final das sessões afirmaram sentirem-se melhor, além de que era notória a sua motivação para a actividade, dado que ao longo do estágio várias vezes me abordaram para saber quando era a próxima sessão de relaxamento. Assim, ao longo das sessões desenvolvi aptidões na realização de técnicas de relaxamento e aperfeiçoado a minha sensibilidade para determinadas peculiaridades das doentes. (ANEXO X)

Porém, durante as sessões surgiram algumas barreiras, pelo que foi minha preocupação actuar no sentido de as minimizar, recorrendo a determinadas estratégias nesse sentido. Um obstáculo prendeu-se com o défice de comunicação, pois algumas utentes apresentavam diminuição da acuidade auditiva, originando consequentemente, uma dificuldade de interacção adequada, estando estes aspectos tendencialmente relacionados com a patologia associada. No sentido de ultrapassar esta barreira criei estratégias para contornar a situação, tendo designadamente elevado um pouco o tom de voz, minimizado deste modo a situação.

Na minha opinião, este tipo de actividade é particularmente gratificante, quer para quem é cuidado, quer para quem cuida. Pois, permite um contacto directo e exige confiança, tornando-se para o idoso um momento em que a atenção é só para ele, permitindo criar um ambiente único em que o utente se sente bem e em equilíbrio, e acima de tudo valorizado.

Um aspecto a ponderar é o stress do dia-a-dia dos profissionais de saúde. Tendo em conta diversos estudos e pesquisas efectuadas relativamente às manifestações de stress dos profissionais de saúde, verifica-se que é elevado o número de profissionais da área da saúde mental com indicadores de stress. Pois, estes por realizarem o seu trabalho num ambiente com elevada carga emocional, encontram-se particularmente vulneráveis à tensão psicológica e à exaustão emocional, podendo afectar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, bem como a sua própria saúde, o seu desempenho profissional e a satisfação em relação ao seu trabalho.

Perante esta realidade, são necessárias intervenções que possam ajudar estes profissionais no que diz respeito ao manuseamento de situações stressantes, visando melhorias na qualidade de vida, assim como na assistência prestada em saúde mental.

Neste âmbito, realizei à equipa de ajudantes de enfermaria da Unidade do Sagrado Coração de Jesus, uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema stress/relaxamento, tendo como objectivo primordial promover bem – estar físico e psicológico de toda a equipa (ANEXO XI).

Considero ter tido um bom desempenho ao longo da sessão pois, consegui mantê-la interessante, captando a atenção dos participantes. Além disso, consegui realizar a sessão segundo o plano estabelecido e, torná-la num momento de reflexão e aprendizagem conjunta. Constatei que os formandos assimilaram os conhecimentos estando mesmo determinados a mudar alguns aspectos do seu dia-a-dia tendo também expressado o desejo de este tipo de sessões serem realizadas pelo menos uma vez por mês (ANEXO XII)

Ao longo deste percurso considero que o enfermeiro especialista deve ter qualidades humanas basilares que possam orientar a sua prática. Neste sentido, considero que o estágio me permitiu desenvolver competências interpessoais para a resolução de problemas, aconselhamento, para além de capacidades para reconhecer e enfrentar o stress. O desenvolvimento das actividades estimulou a minha criatividade, espírito inovador e reflexivo, tornando-me um elemento motivado para ser agente de mudança. Assim, fui mantendo de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

3. Conclusão

O termo desta etapa não pode ser visto como o encerramento de algo mas sim o início de um longo caminho a percorrer... O investimento com que encarei as diferentes propostas de qualificação e valorização profissional foram, sem dúvida, pilares estruturantes das minhas competências e da perspetivação de um desempenho futuro.

A passagem pelos diferentes locais de estágio assumiu-se como suplemento para uma maturidade e realização pessoal/profissional que ansiava descobrir. Os diferentes processos vivenciais presenciados, bem como o desenvolvimento das actividades durante o estágio, possibilitaram-me a aquisição de novas atitudes e posturas profissionais. É exemplo disso a atitude reflexiva que asseguro ter desenvolvido na minha prática, estando ciente de que não nos devemos centrar exclusivamente nas necessidades de um corpo biológico que se encontra doente mas, ampliar às restantes carências de um ser que também quer ser autónomo, estabelecer vínculos, enfim ser respeitado nos seus direitos e deveres.

Ponderando o estágio como uma etapa fundamental neste percurso formativo, sem dúvida que os períodos práticos permitiram-me desenvolver competências e assim implementar atitudes de mudança como resposta às necessidades inerentes, direccionando-me para o seu planeamento e implementação, num cariz individual e colectivo, fomentando o trabalho em equipa, inserido num contexto institucional e comunitário.

O contacto com o doente mental assumiu, no meu percurso um crescimento extremamente válido permitindo-me a percepção de diferentes aspectos consigo relacionados. Desenvolvi competências terapêuticas, no âmbito da aceitação do estado de saúde do doente, da comunicação, do auto-conhecimento, adequação de estratégias, etc. Pois, o facto de comunicar com estes doentes implicou uma mobilização de conceitos e estratégias que têm que estar bem presentes em cada abordagem. Junto destes doentes o aporte de conhecimentos pode ser sempre diminuto, uma vez que podem apresentar comportamentos surpreendentemente diferentes em cada momento. Neste sentido, é necessário demonstrar consciência crítica para os problemas, reflectir

na e sobre a prática de forma crítica, assim como demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

No que se refere à consecução dos objectivos de estágio, a que me propus inicialmente, considero que os atingi de forma muito positiva, conseguindo adquirir aptidões fundamentais para prestar cuidados de enfermagem especializados, nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

Em suma, o período de estágio foi bastante positivo em experiencias, assim como oportunidades de novas aprendizagens, nos vários domínios de intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Pautei-me pelos mais altos valores pessoais e profissionais de forma a operacionalizar um estágio coadunado com os meus princípios, anseios e necessidades.

Relativamente ao relatório, este foi de extrema importância para a avaliação pessoal do meu processo de aprendizagem, uma vez que permitiu-me reflectir acerca do percurso vivenciado e cimentar as aprendizagens efectuadas durante o mestrado. Considero ter atingido os objectivos a que me propus inicialmente, pois foi meu intuito ao longo do relatório expor de forma clara e sucinta as actividades desenvolvidas tendo em vista o alcance dos objectivos inicialmente definidos e, citar as competências adquiridas durante o estágio.

Como perspectivas para o futuro profetizo a importância de cooperar com cada indivíduo no seu projecto de vida, para que este tenha um nascer, crescer e envelhecer saudável. Neste âmbito, o enfermeiro especialista, em saúde mental e psiquiatria, tem um amplo espectro de situações onde a sua intervenção é de primordial importância, exigindo a sua célebre actuação. No entanto, é urgente que os enfermeiros dêem visibilidade à sua competência e mostrem que são indispensáveis, isto é, que das suas intervenções se obtenham resultados concretos, em termos de ganhos em saúde e/ou bem-estar, na óptica do utilizador.

Assim, no término do presente relatório, posso referir que ser Enfermeiro Especialista, é abraçar um caminho de infinitas escolhas...rumo a um desconhecido e, do esforço em aprender a melhor passagem, para assim vivermos a melhor viagem, entre o saber e o humanismo, vislumbraremos belas paisagens, singulares só para quem as conseguir ver.

Bibliografia

BERGER, L. POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*.

Lisboa. Lusodidacta.

BERRIO, A. 2008. *La enfermedad Mental – luchar contra su estigmatización*.

Hospitalarias. Nº278 Março. p. 15-21

CARVALHO, A; DIOGO, F. 1999. *Projecto Educativo*. 3ª Edição. Edições

Afrontamento, Porto.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2005). *Relatório reabilitação*

psicossocial em saúde mental: Situação actual e recomendações. Lisboa. p. 15

COSTA, António Fernandes Gomes. 2003. *Guia para elaboração de monografias, relatórios de pesquisa*. Editora Interciencia, Rio de Janeiro.

FAUMAN, Michael A. 2002. *Guia de Estudo para o DSM- IV TR*. 1ª Edição. Lisboa:

Climepsi Editores.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão.

2003. *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. Revista Latino Americana de Enfermagem, vol. 11, nº 3, Ribeirão Preto, Maio/Junho.

LAGE, M. Otilia P. 1996. *Como organizar? Currículos, projectos, teses, trabalhos, relatórios, bibliografias*. Porto.

LARAIA, M.; STUART,G. 2001. *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e prática*. 6ª

Edição. Editora Artmed, Porto Alegre. ISBN – 85-7307-713-1

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. 2007. *Fundamentos de*

metodologia científica. 6ª Edição. Editora Atlnhas, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). *Atlas: Nurses in Mental Health*. Suíça. p. 1-5; 43-44

RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO (2001). *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Organização Mundial de Saúde. p.1-5

ANEXOS

ANEXO I

Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus

CARACTERIZAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

A Casa de Saúde do Bom Jesus foi fundada em 30 de Setembro de 1932, constituindo um dos 12 centros da Província Portuguesa da Congregação das IHSCJ, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com estatutos aprovados e registados nos termos do Decreto-Lei n.º 119/83, de ideário católico e de utilidade pública.

O primeiro internamento ocorre em 6 de Dezembro de 1932. Desde aí foram construídas 6 unidades de internamento, equipando este hospital com um total de 385 camas (homens e mulheres).



Imagem nº 1 – Casa de Saúde do Bom Jesus

Os princípios orientadores do seu funcionamento estão submetidos à legislação estatal, assim como às linhas directrizes definidas no Estatuto dos Centros Assistenciais, Regulamento Interno Geral, Missão Compartida: Objectivos Estratégicos 2006-2012 e Programação Provincial (2006-2009).

Todo o trabalho desenvolvido pelas irmãs e colaboradores faz com que, este centro, tenha obtido prémios de reconhecimento público, a nível nacional e internacional, onde se destaca:

- **Galardão “A Nossa Terra”** na categoria de Instituição de Solidariedade Social em 29 de Junho de 2000.
- **Prémio Genebra 2002**, atribuído em Abril de 2003, à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, para os Direitos Humanos em Psiquiatria.

✓ MISSÃO

A Casa de Saúde do Bom Jesus tem vindo a desenvolver a sua missão apostólica, em favor da pessoa com perturbação mental, em conformidade com o património espiritual e as próprias tradições da Congregação, na área da Psiquiatria e Saúde Mental, numa permanente abertura a outras necessidades humanas e sociais.

Em sintonia com o carisma da Congregação, a **missão** deste centro Hospitaleiro é:

- Promover uma assistência integral – nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual – a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres.
- Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

Durante os 75 anos de existência, a Casa de Saúde desenvolve um esforço permanente de actualização e adaptação às exigências que a missão pressupõe. Este esforço tem-se reflectido, quer no alargamento a novas áreas assistenciais, nomeadamente, em iniciativas pioneiras de internamento em residências comunitárias e apartamentos terapêuticos, quer na reorganização/remodelação dos próprios serviços de atendimento, implicando um aumento significativo de recursos humanos.

✓ ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Na CSBJ existem 3 direcções distintas – administrativa, clínica e de enfermagem – hierarquicamente dependentes da Direcção-Geral, que podem ou não estar subdivididas em sectores. Como organização que é, tem posições hierárquicas nas diversas categorias profissionais. A coordenação de cada categoria é feita pelo seu chefe.

As diferentes atribuições das respectivas direcções encontram-se descritas no Regulamento Interno Geral, do Instituto das Irmãs Hospitalieras do Sagrado Coração de Jesus.

Constituem órgãos Consultivos, o Conselho de Direcção, o Conselho Técnico Local e a Comissão de Ética, cujas funções se encontram descritas no referido documento.

✓ **ÁREA GEOGRÁFICA DE INTERVENÇÃO**

Este centro tem uma cobertura assistencial a doentes oriundos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do foro psiquiátrico do Distrito de Braga (enviados pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos), sendo alargada esta cobertura a todo o país, a doentes de outros subsistemas públicos, privados e utentes referenciados pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (CAT).

Possui acordos de prestação de serviços com as **entidades**:

- ADSE, ADME, ADMA, SAMS, CAT, ADMFA, AGMA, PSP, GNR, CTT, CGD, SSMJ, SNS, PORTUGAL TELECOM.

✓ **RECURSOS HUMANOS**

A Equipa Técnica Assistencial é constituída por profissionais com formação diversa, nomeadamente:

- Psiquiatria (6)
- Neurologia (1)
- Ginecologia (1)
- Estomatologia (1)
- Clínica Geral (1)
- Medicina Interna (1)
- Anestesia (1)
- Enfermagem (54 enfermeiros, 1 enfermeiro com funções de Direcção e 7 enfermeiros com funções de chefia, destes 3 são Enfermeiros especialistas de Saúde Mental)
- Educação Social (2)
- Psicologia (3)
- Serviço Social (2)
- Fisioterapia (1)
- Terapia Ocupacional (1)
- Nutrição (1)

- Os diversos elementos que constituem a equipa técnica da Casa de Saúde, reúnem-se semanalmente, para debater assuntos de interesse geral, acerca do funcionamento, projectos e actividades da instituição.

- Ajudantes de enfermagem
- Ajudantes de Ocupação

A Casa de Saúde do Bom Jesus conta, actualmente com 220 colaboradores.

A Casa de Saúde encontra-se situada na freguesia de Nogueiró, concelho e distrito de Braga.

Desenvolve a sua missão nas áreas:

- Psiquiatria
- Psicogeriatrica
- Deficiência mental
- Toxicodependência
- Alcoolismo
- Reabilitação/Integração Social

Possui dois tipos de unidades assistenciais, designadamente:

- Unidades de internamento:
 - Longo internamento
 - Unidade Sagrado Coração de Jesus (Unidade 1)
 - Unidade S. Bento (Unidade 2)
 - Unidade S. José (Unidade 3)
 - Unidade Nossa Senhora de Fátima (Unidade 4)
 - Curto internamento
 - Unidade S. João de Deus (Unidade 5)
 - Unidade S. Luís (Unidade 6)
- Unidades de Reabilitação:
 - Residência Santa Teresa
 - Apartamentos Terapêuticos

UNIDADE SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS



Imagem nº 3 – Unidade Sagrado Coração de Jesus

Fundada em 1950, visa o internamento de doentes do foro psiquiátrico e psicogeriátrico, de longa duração. Tem capacidade para 80 doentes.

Neste momento, a média de idades é de 68% superior a 65 anos e de 32% dos 28 aos 65 anos.

UNIDADE S. BENTO



Imagem nº 4 – Unidade S. Bento

Fundada em 1937, tem capacidade para 88 doentes. Tem por finalidade a assistência a doentes do foro psiquiátrico, privilegiando, contudo, a deficiência mental.

A média de idades das doentes é de 37% para mais de 65 anos e de 63% dos 20 aos 65 anos.

UNIDADE S. JOSÉ E UNIDADE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Imagem nº 5 – Unidade N.S.Fátima

A Unidade de S. José localiza-se no rés-do-chão e 2.º andar do edifício, ocupado no seu 1º andar pela Unidade de Nossa Senhora de Fátima. O edifício data de 1949. As unidades têm capacidade para 76 e 40 doentes, respectivamente.

A Unidade S. José destina-se ao internamento longo de doentes do foro psiquiátrico e a Unidade de Nossa Senhora de Fátima a doentes do foro psicogeriatrico.

A média de idades Das doentes na Unidade de S. José é de 26% para mais de 65 anos e de 74% dos 20 aos 65 anos. Na Unidade de Nossa Senhora de Fátima, a média de idades é de 73% para mais de 65 anos e de 27% dos 46 aos 65 anos.

UNIDADE S. JOÃO DE DEUS



Imagem nº 6 – Unidade S.J.Deus

A Unidade de S. João de Deus destina-se ao internamento de doentes do foro psiquiátrico, em situação aguda (curto internamento). Tem lotação para 70 doentes.

UNIDADE S. LUÍS



Imagem nº 7 – Unidade S.Luís

Fundada em 6 de Novembro de 1993, destina-se ao internamento de toxicodependentes, de ambos os sexos, para desabilitação física ou para situações de duplo diagnóstico psiquiátrico. Tem capacidade para 11 doentes.

APARTAMENTOS TERAPÊUTICOS

São Unidades de Vida Autónoma constituídas por 3 apartamentos, que criam alternativas à institucionalização das doentes, apoiadas por monitoras e equipa multidisciplinar, com o objectivo de atingir um nível óptimo de autonomia. Têm capacidade, no seu conjunto, para 14 doentes.

✓ SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

Este centro possui uma grande dinâmica no que se refere a projectos de reabilitação, nomeadamente:

INTRA-HOSPITALARES

Projecto Violeta



Imagem nº 8 – Utente a trabalhar o barro

Funciona nos Ateliers Maria Josefa Récio e teve início em meados do ano de 1999. Existem 4 salas onde se desenvolvem todas as áreas referidas. Paralelamente, a este trabalho, existe uma sala de exposição permanente de artigos realizados.

Este projecto trabalha a reabilitação com a intervenção terapêutica na área da ergoterapia e vai de encontro à prossecução de actividades que levam o doente a desenvolver competências, habilidades e interesses de construção pessoal e social.

Tem como *objectivos gerais*:

- Promover o desenvolvimento cognitivo e sensorial das doentes;
- Proporcionar às doentes uma intervenção orientada para a qualidade de vida, numa linha reabilitadora e integracional.

Os *objectivos específicos* são:

- De carácter pedagógico
 - Potenciar a capacidade de aprendizagem e criatividade das doentes;
 - Proporcionar a exploração de tendências e a sua adaptação social, hábitos de trabalho, aptidão e potenciais empregos;
 - Ajudar o doente a desenvolver a sua responsabilidade pessoal relativamente ao ritmo e rotinas diárias, trabalho e actividades terapêuticas;

-
- Favorecer meios e métodos pedagógicos oportunos para o incremento da função física;
 - De carácter educacional
 - Aumentar o tempo de actividade de forma integrada, terapêutica e responsabilizada;
 - Fomentar oportunidades para o desenvolvimento de relações mais satisfatórias e consequente desenvolvimento pessoal;
 - Corrigir atitudes e comportamentos, criando objectivos e responsabilidade de vida.

As *actividades* que se desenvolvem são:

- Expressão Plástica e Imagética (grafismos e carimbagem; desenho; picotagem; elaboração de cartazes; plasticina, barro e fimo; pintura digitada; construções em papel);
- Artes decorativas (trabalho de relevo e composição; tridimensional; desenho e pintura em azulejo; patines e decoração em madeiras; pintura e estampagem em tecido, seda e veludo; pintura em tela, a óleo e aguarelas; estanho, craquelado e pintura a café);
- Artesanato (pintura em cerâmica, marfinite, vidro; construção em molas, fósforos e outros; Arraiolos e tapeçarias simples; modelagem de barro e fimo; criação de bonecos e fantoches; trabalhos decorativos com rãfias e flores; trabalhos de meio ponto, esmirna e fada do lar);
- Lavores e arte aplicada (tricôt, crochet variado, rendas e meia; decoração e aplicação de tecidos; bordado variado; patchwork, aplicação de espiguiha, cordão, fita);
- Cabeçudos e gigantones (construção de cabeçudos, gigantones e mascar; pintura; restauração dos cabeçudos e gigantones).

Residência de Vida Protegida – Residência Santa Teresa



Imagem nº 9 – Residência de Vida Protegida

Projecto Tartaruga

Este projecto tem como objectivo geral o desenvolvimento máximo das potencialidades das doentes, através de uma ocupação diversificada.

Os *objectivos específicos* são:

- Educar a doente com vista a uma melhor adaptação a situações intra e extra hospitalares;
- Desenvolver capacidades para uma melhoria da sua qualidade de vida;
- Desenvolver o sentido de independência e autonomia envolvendo-a no processo terapêutico;
- Melhorar os seus comportamentos contribuindo assim para a melhoria do ambiente que a rodeia.

São desenvolvidas *actividades terapêuticas*, como:

- Apoio e treino nas Actividade da Vida Diária;
- Higiene oral;
- Acompanhamento das refeições;
- Acompanhamento à cafetaria;

-
- Pequenas actividades domésticas.

As actividades educativas são:

- Elaboração do painel diário (ano, mês, estação e tempo);
- Alfabetização;
- Treino da escrita do nome.

As actividades ocupacionais levadas a cabo são:

- Trabalhos manuais (crochet, tricot, pompons, bonecos);
- Desfiar de tecidos para enchimentos;
- Pintura com vários materiais (lápiz de cor, guache, lápis de cera);
- Modelagem de plasticina;
- Picotagens;
- Recortes e colagens;
- Jogos de encaixe;
- Enfiamentos;
- Sobreposição de imagens;
- Identificação de imagens e cores.

Também tem lugar *actividades lúdicas*, nomeadamente:

- Jogos com bola;
- Cantigas de roda;
- Música;
- Televisão e vídeo;

-
- Actividades na sala de cinema (preparação para festas: Natal, Carnaval, S. João,...);
 - Passeios à Quinta;
 - Passeios ao exterior.

Projecto Percursos

Este Projecto de Reabilitação socioprofissional é dirigido a pessoas com perturbação psiquiátrica crónica (internos e externos à Casa de Saúde do Bom Jesus).

Encontra-se *estruturado* da seguinte forma:

- 1º Ano: Reabilitação funcional e sócio-cultural;
- 2º Ano: Científico-tecnológica e Prática simulada;
- 3º Ano: Formação prática em contexto real de trabalho.

Tem como objectivos:

- Potenciar as competências individuais;
- Diminuir o número de recaídas psiquiátricas;
- Potenciar a empregabilidade;
- Incentivar a inserção económica e social;
- Reabilitar social e profissionalmente.

Educação Física e Psicomotricidade

As actividades de Educação Física e de Psicomotricidade visam estimular e favorecer uma melhor condição física, bem-estar, relação interpessoal e conhecimento do próprio corpo.

Cozinha Pedagógica

No âmbito da cozinha pedagógica pretende-se que a doente desenvolva actividades ocupacionais na área da cozinha, favorecendo as relações interpessoais e melhorando o seu desenvolvimento pessoal e autonomia.

Colorir Coop

Cooperativa de Serviços e Solidariedade Social, funciona desde o ano 1999, como uma unidade de formação e produtiva na área da jardinagem, hortofloricultura e cozinha. Tem também por finalidade a melhoria dos projectos de emprego e integração profissional de pessoas com doença mental.

Tem como *objectivos específicos*:

- Potenciar a reabilitação social e profissional;
- Incentivar a inserção económica e social;
- Potenciar as capacidades individuais;
- Diminuir o número de recaídas psiquiátricas;
- Potenciar a empregabilidade.

As acções específicas na área da *cozinha* são:

- Produção de salgados, doces, compotas e biscoitos
- Serviços de catering e refeições diárias

Na área da *jardinagem e hortofloricultura* procede-se a:

- Serviços externos de criação e manutenção de jardins
- Produção de produtos hortícolas e flores variadas

Os artigos produzidos pela Cooperativa Colorir encontram-se à venda na **Loja Doce Cor**, nas instalações da Casa de Saúde.

IES - Inovar na Economia Social

Projecto em parceria com outras IPSS e associações, onde se pretende dinamizar a Cooperativa Colorir para uma sustentabilidade no mercado

Grupo Tamborilando



Imagem nº 11 – Grupo tamborilando

Com início em 2003, conta com a participação de doentes e colaboradores da CSBJ. Trata-se de um grupo de Cabeçudos e Gigantones, que conta também com a participação de um grupo de percussão.

EXTRA-HOSPITALARES

Projecto CASA – Convivência, Aprendizagem, Solidariedade e Autonomia – Unidades de Vida Autónoma.

✓ OUTRAS ESTRUTURAS

ESTRUTURAS DE APOIO

Constituem estruturas de apoio da Casa de Saúde do Bom Jesus:

- Serviço de Recepção
- Serviço de Admissões

-
- Serviço de Esterilização

Tem como funções a esterilização de material médico-cirúrgico e outro, para a sua correcta utilização, em condições de higiene e segurança, aos diferentes serviços e unidades. Funciona em horário pré-estabelecido e sempre que se justifique.

- Stock de medicamentos e dispositivos médicos

É responsável pela sua provisão no Centro, em horário pré-estabelecido.

- Serviços Administrativos
- Serviço Religioso
- Serviços Socio-terapêuticos
 - Cafetaria
 - Cabeleireiro
 - Bazar
 - Sala de cinema
 - Ginásio e espaço exterior para a prática desportiva
 - Biblioteca
- Serviço de Cozinha
- Serviço de Costura e Lavandaria
- Serviço de Manutenção
- Quinta

Existem inúmeros espaços verdes na Casa de Saúde, bem como, espaços verdes internos a cada unidade assistencial.

ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES E AMIGOS DOS UTENTES DA CSBJ (ASAF)

A ASAF (amor, solidariedade, apoio e fraternidade), foi fundada a 14 de Setembro de 1999. Instituição de direito privada, com funções sociais e sem fins lucrativos, tem por linha orientadora a identificação com o ideário e os princípios que inspiram a acção do Instituto das IHSCJ. O seu objectivo fundamental consiste em colaborar com a CSBJ na criação de condições que permitam aos seus utentes um adequado e harmónico desenvolvimento, no pleno respeito pelas diferenças que individualmente os distinguem e conjuntamente enriquecem.

A ASAF orienta-se para uma participação activa dos familiares no processo terapêutico e na própria vida da Casa de Saúde e para a defesa e promoção dos direitos e dignidade das pessoas com perturbações mentais, envolvendo, nesse sentido, todos os esforços sociais, institucionais e até políticos.

PASTORAL DA SAÚDE

Constitui um serviço especializado, necessário para uma assistência integral, com as seguintes características:

- Evangelizadora
- Gratuidade
- Eclesial
- Ampla e abrangente
- Criativa
- Realizada em equipa
- Especializada e organizada.

Objectivos

- Promover um espaço de silêncio e escuta, no qual a pessoa assistida sinta o reconhecimento da sua espiritualidade e a possa exprimir de forma livre e espontânea;
- Fomentar espaços de diálogo, em que a pessoa se sinta acolhida na sua diferença;
- Promover a cultura hospitaleira entre os colaboradores (tradição, estilo e valores)
- Promover a abertura e proximidade das famílias para um diálogo pastoral que responda às suas inquietações humanas e religiosas na experiência que vivem
- Promover a inserção na Paróquia

As áreas de intervenção da Pastoral são:

- Anúncio de Jesus
 - Reflexões e encontros que favorecem um conhecimento mais aprofundado de Jesus
 - Acções catequéticas diferenciadas
 - Encontros bíblicos
- Celebração da fé e oração
 - Acções que favorecem a expressão da fé
 - Momentos de oração, celebrações litúrgicas, celebração dos sacramentos, retiros, peregrinações
- Diálogo e acompanhamento
 - Relação pastoral de ajuda
 - Acompanhamento espiritual às pessoas doentes, familiares, colaboradores e pessoas da comunidade paroquial
- Reflexão ética
 - Ajudar a transformar as suas experiências em momentos de crescimento humano e espiritual
 - Reflexões que favoreçam um diálogo ético que busque o bem da pessoa e a salvaguarda da sua dignidade

Os destinatários da acção pastoral são:

- Pessoas assistidas na CSBJ, portadoras de doença e seus familiares
- Colaboradores e voluntários

VOLUNTARIADO

Implementou-se em 1991 e desde aí tem sido uma presença de grande valor, contribuindo com os restantes membros da família hospitaleira para a humanização das relações, o desenvolvimento de aptidões e a valorização do doente.

A acção efectiva no voluntariado é precedida de dois tempos formativos distintos:

- 1ª Sessão formativa – onde é abordado o voluntariado de uma forma global, a história, o carisma e a missão da Congregação.
- 2ª Sessão formativa – da competência de um dos técnicos da Casa de Saúde, aborda-se o tema “Introdução aos Cuidados em Saúde Mental na perspectiva do voluntário”, com os itens seguintes:
 - Apontamento histórico da Psiquiatria
 - Grandes síndromes psiquiátricas
 - O papel do voluntariado em situações psiquiátricas comuns

O voluntariado hospitaleiro caracteriza-se por 4 atitudes fundamentais:

- A gratuidade absoluta, que nasce da vontade livre
- O sentido do outro, que os leva a serem solidários com todas aquelas pessoas que sofrem
- A preocupação pela ajuda, oferecendo ao outro os esforços, os conhecimentos, o engenho, a criatividade, mas sobretudo a humanidade, a compreensão, a amizade e o afecto.
- A constância e a generosidade, que os leva a serem movidos não por um momento de entusiasmo, mas para alcançarem os objectivos programados.

Na Casa de Saúde do Bom Jesus os voluntários encontram-se distribuídos pelas seguintes áreas:

- Pastoral da Saúde
- Alfabetização

-
- Expressão Plástica
 - Vídeo
 - Acolhimento
 - Biblioteca

COMUNIDADE RELIGIOSA

Constituída por Irmãs e Noviciado (grupo formativo). Este foi transferido, em 1977, de Idanha – Belas (Sede), para este Centro, tendo em conta as possibilidades de formação e a existência de um local propício para a mesma.

Tanto as irmãs como as formandas integram-se nas diferentes equipas do centro, prestando os serviços solicitados no atendimento directo ao doente, tendo em conta as suas necessidades e exigências do processo formativo. A experiência do acolhimento e serviço ao doente é, per si, formativa e logo valorizada pelo próprio grupo.

✓ ESTÁGIOS

O Centro constitui um espaço de aprendizagem pré-profissional, nomeadamente enquanto espaço de estágios em Medicina, Psicologia Clínica, Educação e Intervenção Comunitária, Sociologia das Organizações, Administração Pública, Gestão de Empresas e História, em articulação com a Universidade do Minho. Assistência Social em articulação com a Universidade Católica Portuguesa.

No âmbito da Enfermagem (curso de base e de especialidade), em articulação com várias escolas de enfermagem, nomeadamente Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Universidade Católica, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian (Braga) e Instituto Piaget (Macedo de Cavaleiros).

ANEXO II

Caracterização do Serviço de Reabilitação

CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO



CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Antes de mais, gostaria de referir que a Casa de Saúde do Bom Jesus, é uma instituição de Solidariedade Social, possui uma história de 75 anos e tem como base de actuação no ser humano, a centralidade da pessoa, o acolhimento, a humanização, a assistência integral, a opção pelos mais pobres e carenciados e a qualidade assistencial.

É missão desta Casa de Saúde:

- ✓ Promover uma assistência integral nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual, a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres;
- ✓ Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

Esta casa é composta por seis unidades de internamento, tendo um total de 385 camas e desfruta de várias áreas de acção, sendo a Reabilitação algo que se encontra presente.

O serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus, é constituído pela:

- ✓ Unidade de Vida Protegida (Residência de Sta Teresa);
- ✓ Unidade de Vida Apoiada (três apartamentos terapêuticos).

A residência de treino – Residência de Sta Teresa – situa-se dentro das instalações da Casa de Saúde do Bom Jesus, tem lotação máxima de oito camas e tem como objectivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, iniciando o treino de algumas capacidades fulcrais para as utentes serem inseridas futuramente em projectos nas comunidades, ou transitarem para os apartamentos terapêuticos.

Por outro lado, a Unidade de Vida Apoiada (apartamentos terapêuticos) localiza-se no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus, em prédios de habitação comum, dotados de infra-estruturas básicas, servidos por uma rede de transportes públicos e tem lotação máxima de onze camas. É uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica mas com boa

capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal. É uma unidade que desenvolve as actividades comuns a qualquer unidade residencial, as quais se orientam fundamentalmente para:

- ✓ A facilitação do relacionamento entre os residentes;
- ✓ O apoio na organização e gestão da vida de cada residente;
- ✓ A supervisão da integração profissional e comunitária;
- ✓ A detecção e orientação de alterações do estado de saúde.

Esta unidade no desenvolvimento das suas actividades, fomenta a ligação com as famílias estabelecendo contactos regulares para o efeito. Contudo, o apoio técnico ao desenvolvimento da vertente ocupacional é assegurado pela Equipa Técnica da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Porém, saliento que o projecto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), integra o serviço de Reabilitação, com o qual se ambiciona uma mudança de contexto social, sendo uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental.

Contudo, a admissão das utentes no serviço que é feita pela Equipa Técnica da Casa de Saúde, consiste num processo que pressupõe uma avaliação prévia, global e interdisciplinar e que se resume a:

- 1ª Acção: proposta de admissão para a residência de treino;
- 2ª Acção: avaliação dos critérios de admissão, exclusão e de risco;
- 3ª Acção: avaliação da estabilidade clínica, competências e motivação da utente;
- 4ª Acção: estabelecimento de um plano individual de reabilitação;
- 5ª Acção: avaliação periódica do programa de reabilitação;
- 6ª Acção: encaminhamento para casa familiar, apartamento terapêutico ou unidade de internamento.

Relativamente, ao programa individual de Reabilitação, este baseia-se particularmente no seguinte:

- Actividades de Vida Diária (cozinha, higiene pessoal, limpeza e manutenção do espaço físico);
- Treino das competências sociais e resolução de problemas;
- Compras e gestão de dinheiro;

-
- Transportes;
 - Actividades de Socialização e lazer;
 - Integração da Família no processo de Reabilitação;
 - Avaliação da sintomatologia e estabilidade clínica;
 - Avaliação das competências sociais e instrumentais;
 - Avaliação da deterioração cognitiva.

Portanto, são objectivos primordiais deste serviço de Reabilitação:

- ✓ Assegurar a individualização e estabilidade das doentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional, quer na vertente laboral;
- ✓ Promover reintegração comunitária de doentes hospitalizadas, que pelas suas características poderão reingressar na vida comunitária.

No entanto, os principais objectivos do programa de Reabilitação dos apartamentos terapêuticos são:

- ✓ Assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional, quer na vertente laboral;
- ✓ A reintegração comunitária de doentes hospitalizados, que pelas suas características poderão reingressar na vida comunitária; evitando-se desta forma o prolongamento do internamento que poderia levar a uma cronicização da sua evolução;
- ✓ Integração na comunidade de doentes já vinculados ao programa tanto ao nível laboral, actividades de lazer, etc. ...

Para atingirem estes objectivos, as utentes desenvolvem conhecimentos e prática ao nível das actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária, nomeadamente:

- ✓ Cozinha:
 - Saber utilizar os utensílios da cozinha;
 - Prática de confecção das refeições;
 - Saber fazer pratos económicos;
 - Ter noção dos alimentos (roda dos alimentos);
 - Saber negociar as refeições dentro do grupo – planear.

✓ Higiene Pessoal:

- Banho;
- Higiene oral;
- Asseio pessoal.

✓ Tarefas de arrumo, limpeza e manutenção da casa/residência:

- Fomentar o desenvolvimento da responsabilidade e da aquisição de compromissos, pelo residente, como parte do seu tratamento;
- Ajudar a planificar tarefas nas actividades da residência;
- Proporcionar oportunidades para o desempenho das actividades com um certo grau de segurança e tranquilidade.

✓ Treino de habilidades sociais e de resolução de problemas:

- Habilidades de comunicação básicas;
- Iniciar, manter e terminar conversas agradavelmente;
- Resolução de problemas de vida diária;
- Aprendizagem de vida em pequeno grupo;
- Habilidades de comunicação mais complexas e específicas.

✓ Compras e gestão de dinheiros:

- Conhecer o dinheiro (identificar);
- Verificar e fazer trocos;
- Ver prazos de validade dos alimentos;
- Conhecer os produtos;
- Acondicionamento do produto;
- Relação qualidade preço;
- Plano semanal de compras e realização de lista de necessidades;
- Contacto com o vendedor (aplicar as habilidades aprendidas).

✓ Transportes

- Prática de utilização de transportes;
- Conhecer os locais de paragem;
- Conhecer os autocarros e os seus destinos;
- Ter conhecimento e respeitar as filas de espera;

- Ter presente as regras de civismo.

- ✓ Actividades de socialização e lazer:

- Ver exposições na cidade;
- Visitar museus;
- Cinema;
- Passeios a locais públicos;
- Convívio com doentes do apartamento;
- Concertos de música;
- Teatro....

- ✓ Psicoeducação da família:

- Transmissão de informação sobre a doença; como identificar sintomas que antecipam frequentemente as recaídas; como lidar com a doença. Tem como objectivo aumentar a compreensão da desordem e identificar quais as intervenções mais adequadas a essas situações,
- Integração das famílias no processo terapêutico enquanto recurso fundamental;
- Gestão da hostilidade, crítica e super protecção – emoções expressas;
- Gestão do stress da família;
- Conhecimento e gestão dos recursos comunitários.

Porém, o comportamento social é também trabalhado através da prática de formas de comunicação adequadas, gestão de conflitos, gestão dos tempos livres e incremento da tomada de decisão.

Assim sendo, o serviço de Reabilitação destina-se sobretudo a pessoas com médio e longo internamento, que apresentam diagnósticos mais frequentes de psicose esquizofrénica, em fase estabilizada (residual), cuja capacidade mental permite contudo perspectivar uma reinserção socioprofissional, designadamente a integração:

- ✓ Na actividade profissional ou escolar anterior à doença ou outra;
- ✓ Em programa estruturado de formação profissional ou em trabalho protegido;
- ✓ Relacional e social (capacidade para estabelecer e manter relações de amizade, frequência regular de locais de convívio, utilização com autonomia de transportes públicos, relacionamento comunitário não problemático).

Actualmente, o serviço abarca 13 utentes do sexo feminino, em fase estabilizada e estão distribuídas da seguinte forma: seis utentes na residência e sete utentes distribuídas pelos três apartamentos terapêuticos. Neste grupo de utentes, a psicose esquizofrénica é a patologia predominante, sendo a média total de idades 45 anos e a média de escolaridade o 4º ano. Destaco, que a maioria destas utentes tem autonomia na gestão das suas actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária para além de que desempenham actividades durante o período diurno na Casa de Saúde do Bom Jesus, exercendo funções na cafetaria, lavandaria, serviço de admissões, cabeleireira, fisioterapeuta, costura. No entanto, este serviço também está a desenvolver projectos próprios direccionados para a comunidade, no sentido de autosustentação e valorização das capacidades das utentes, sendo um destes projectos precisamente o projecto PASSAKI, o qual consiste em as utentes passar a roupa a ferro para o exterior.

No sentido de proporcionar a todas estas utentes uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar que é composta por:

- ✓ Três Enfermeiras;
- ✓ Uma Psicóloga;
- ✓ Uma Assistente Social;
- ✓ Duas Monitoras;
- ✓ Um Professor de Educação Física;
- ✓ Um Psiquiatra;
- ✓ Um Médico de Medicina Interna.

ANEXO III

Caracterização da Unidade do Sagrado Coração de Jesus

CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

UNIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS



CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

A Casa de Saúde do Bom Jesus desenvolve a sua missão em diversas áreas, sendo precisamente uma delas a Gerontopsiquiatria, a qual se tem tornado ao longo dos tempos muito apreciada.

Pois, é justamente a Unidade do Sagrado Coração de Jesus, fundada em 1950, que dispõe do internamento de doentes do foro psiquiátrico e psicogeriátrico, de longa duração. Esta Unidade destina-se ao internamento de doentes predominantemente do sexo feminino e com idade superior a 65 anos.

Estrutura Física

Situa-se num edifício de três andares e tem capacidade para aproximadamente 80 doentes.

✓ Rés-do-chão

- 2 Refeitórios (nos quais são servidas as três principais refeições)
- 2 Salas de estar e 1 Marquise
 - 1 Sala composta por mesas redondas, equipada com TV e aparelhagem para DVD, destinada a actividades de ocupação
 - 1 Sala composta por sofás, mesas redondas, equipada com aparelhagem áudio e TV, à qual se encontra anexada um WC, direccionada às utentes mais dependentes
 - 1 Sala ampla com mesas e cadeiras e com visibilidade e acesso ao jardim interno da Unidade.
- 1 Gabinete Médico
- 1 Gabinete de Enfermagem
- 1 Arrecadação
- 1 Copa e 1 Despensa anexada a esta
- Jardim
- 1 Lavandaria
- WC
- 1 Quarto de urgência devidamente equipado
- Vestiário

-
- Quartos particulares

✓ 1º Andar

- 1 Arrecadação de apoio
- Quartos particulares
- Enfermarias
- WC
- 1 Sala de estar

✓ 2º Andar

- Enfermarias
- WC
- 1 Arrecadação, com acesso ao sótão

O acesso ao 1º e 2º andar pode ser efectuado através de escadas interiores ou de elevador.

Recursos Humanos

No sentido de proporcionar à doente uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, a equipa da Unidade conta pessoas de formação diversa, nomeadamente:

- Médicos
 - Psiquiatras
 - 1 Neurologista
 - 1 Ginecologista
 - 1 Estomatologista
- 9 Enfermeiros
- 15 Ajudantes de enfermaria diurnas
- 2 Ajudantes de enfermaria nocturna
- 1 Coordenadora das ajudantes de enfermaria
- 1 Psicóloga
- 1 Assistente Social
- 1 Professor de Ginástica

-
- 1 Fisioterapeuta
 - Terapeuta Ocupacional
 - 1 Monitora auxiliar
 - 1 Ajudante de ocupação
 - 1 Nutricionista
 - Irmãs religiosas (1 irmã enfermeira, responsável de serviço)
 - Noviças

A Unidade conta também com a presença de voluntários, os quais desenvolvem uma prestação importante e útil, sendo sobretudo direccionada para a humanização das relações, o desenvolvimento de aptidões e a valorização do doente.

Estrutura Funcional

❖ *Internamento*

Pode realizar-se a admissão de doentes pertencentes a diversos subsistemas de saúde, orientados por médicos psiquiatras, após contacto prévio com a instituição. Pode também ocorrer a admissão de doentes provenientes de outras unidades da Casa de Saúde, nomeadamente, do Serviço de Agudos.

❖ *Modalidades de internamento*

O internamento pode ser voluntário e compulsivo, sendo este último, por ordem judicial, ao abrigo da Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 de Julho.

❖ *Consultas de Psiquiatria*

Existem consultas de Psiquiatria às quartas-feiras de manhã consoante um plano previamente definido. As doentes admitidas devem ser observadas, logo que possível, pelo psiquiatra.

❖ *Consultas de Medicina Interna, Clínica Geral e Neurologia*

As doentes admitidas na Unidade são observadas, logo que possível, por Clínica Geral, para exame somático. Na eventualidade de a doente efectuar no domicílio medicação de clínica geral, esta deve ser avaliada pelo médico de clínica geral e

caso este verifique a necessidade de manter essa mesma terapêutica, deve ser prescrita no respectivo processo clínico.

❖ *Exames complementares de Diagnóstico*

As requisições de análises e outros exames complementares de diagnóstico são entregues diariamente no serviço de stock de medicamentos/admissões, procedendo-se a acções administrativas (colagem de vinhetas, carimbos, etc.). No que diz respeito, aos exames complementares de diagnóstico é a equipa de enfermagem da unidade que efectua a marcação do respectivo exame.

As colheitas de espécimes para análise são realizadas na unidade, sendo a colheita de sangue efectuada por uma técnica do laboratório de análise, à quinta-feira, cerca das oito horas. Em determinadas situações, nomeadamente doentes autónomas, as colheitas podem ser efectuadas no serviço de admissões. Situações urgentes a realizar fora do dia estipulado para o efeito, são da responsabilidade do enfermeiro de serviço. Todas as doentes são informadas das respectivas colheitas de sangue para análise e da necessidade de jejum, pelo enfermeiro de serviço.

Outros exames complementares de diagnóstico a realizar no exterior, previamente autorizados e do conhecimento do psiquiatra assistente, deve efectuar-se o contacto com familiares, no sentido de estes acompanhar doente e providenciar transporte. Na impossibilidade de acompanhamento por parte destes, quando possível, um elemento da equipa da unidade fará esse acompanhamento e os custos posteriormente serão suportados pela doente/família.

O levantamento do respectivo exame é da responsabilidade da família. Na impossibilidade de o realizar, deve entregar o talão para esse efeito nos serviços administrativos, o qual se responsabilizará por esse mesmo levantamento. O talão deve ser acompanhado da data do levantamento e da unidade a que pertence a doente.

❖ *Actividades de Ocupação (Projecto Tartaruga)*

Na unidade existe uma terapeuta ocupacional e uma ajudante de ocupação das 09h30 às 12h30 e das 13h30 às 18h, de segunda a sexta-feira, sendo delas a

responsabilidade do desenvolvimento de actividades ocupacionais, contribuindo desta forma para o progresso terapêutico das doentes.

❖ *Outros Recursos*

As doentes internadas na Unidade do Sagrado Coração de Jesus podem usufruir de outras actividades, nomeadamente de Ginástica, Terapia Ocupacional, entre outras.

❖ *Serviço de Ajudantes de enfermaria*

São dezassete as ajudantes de enfermaria, as quais são repartidas pelos turnos da manhã e da tarde, sendo a rotatividade dos turnos semanal. Quanto ao turno da noite, este é assegurado por duas ajudantes de enfermaria. De salientar, que uma das ajudantes de enfermaria assume a responsabilidade de coordenação de toda a equipa. As ajudantes de enfermaria são responsáveis pela limpeza da unidade e pela prestação directa de cuidados às doentes, nas áreas da alimentação, higiene e conforto, eliminação, sono e repouso, estando sempre sob a orientação e supervisão do enfermeiro.

❖ *Stock de medicamentos/dispositivos médicos*

Na unidade existe um stock de medicamentos de psiquiatria e de clínica geral, o qual é repostado semanalmente. O pedido de material farmacêutico e dispositivos médicos é efectuado semanalmente à quarta-feira de manhã, utilizando-se um modelo próprio para o efeito, cuja responsabilidade do seu preenchimento é do enfermeiro de serviço. Às sextas-feiras pode proceder-se à recolha do respectivo material. Sempre que exista necessidade de uma medicação de carácter urgente, a mesma é solicitada ao stock de medicamentos/admissões.

❖ *Serviço de Esterilização*

É da responsabilidade do enfermeiro da unidade a limpeza, desinfecção e preparação do material para esterilização. O envio do material é efectuado às segundas e quintas – feiras de manhã, dentro de uma mala estando-se todo o material devidamente identificado.

❖ *Reuniões de serviço*

Anualmente a Equipa Técnica da Unidade reúne para debater assuntos gerais, avaliar actividades desenvolvidas no decurso do ano transacto e planificar actividades para o ano seguinte. A equipa planifica a sua intervenção anualmente e elabora o respectivo relatório de actividades, mediante orientações emanadas pela Direcção da Casa de Saúde.

Regras da Unidade

❖ *Refeições*

As refeições têm lugar no seguinte horário:

- Pequeno-almoço-08h30
- Almoço-12h30
- Jantar-19h00 (as doentes mais dependentes jantam cerca das 18h30)

❖ *Medicação*

A medicação referente ao pequeno-almoço, almoço e jantar será administrada concomitantemente à refeição.

❖ *Período de sono e repouso*

Cerca das 07h00 as ajudantes de enfermaria responsabilizam-se pelo despertar das doentes. É permitido um período de descanso, após o almoço, nomeadamente das 13h00 às 15h00. Após o jantar, as doentes tem acesso aos quartos, podendo proceder ao deitar, sendo a hora limite para o fazer até às 23h00. O acesso aos quartos pode ser permitido fora destes horários, devidamente autorizado pelo enfermeiro de serviço e sempre que a situação clínica da doente assim o justifique.

❖ *Visitas*

Horário: Diariamente das 14h30 às 17h00

Tem lugar na marquise da unidade e espaço exterior à unidade (galerias interiores e jardim). De salientar, que por indicação médica pode haver a necessidade de suspensão das visitas durante um determinado período de tempo.

❖ *Saídas*

As saídas temporárias durante o internamento são sempre autorizadas pelo psiquiatra assistente, devidamente registadas em diário clínico e aquando da sua efectivação no diário de enfermagem. Estas saídas contemplam idas a consultas no exterior, exames complementares de diagnóstico, licenças de ensaio, entre outras. As saídas para licenças de ensaio são efectuadas a partir das 09h30 e o regresso até às 18h30. Excepcionalmente, poderão ser estabelecidos novos horários, mas a sua autorização cabe à enfermeira de serviço e/ ou médico assistente.

❖ *Tabaco*

Apenas é permitido fumar no jardim.

No final do dia é efectuada pelo enfermeiro de serviço a recolha e registo de entrega do tabaco e isqueiro.

❖ *Tratamento da Roupa*

O tratamento da roupa das doentes fica a seu cargo e dos familiares. No entanto, a Casa de Saúde presta serviço de lavandaria sempre que solicitado pela doente/família, mediante o pagamento de uma caução inicial, com um custo diário estabelecido, por dia de internamento. No caso de licença domiciliária não se procede a qualquer tipo de desconto. Assim, no momento da admissão perante solicitação do serviço de lavandaria, consta no processo individual da doente um modelo próprio de registo, cuja cópia será entregue à ajudante de enfermaria responsável pela rouparia da unidade.

❖ *Alta a Pedido*

Nas situações de internamento voluntário e quando a doente manifesta vontade em por termo ao seu tratamento, contra vontade médica, esta deve proceder à assinatura de um termo de responsabilidade. Deve salvaguardar-se sempre a condição clínica da doente, a necessidade de um familiar que acompanhe a saída da doente e a concomitante assinatura do documento, sempre que possível e a comunicação da vontade da doente ao seu médico assistente.

É desejo da equipa multidisciplinar da Unidade do Sagrado Coração de Jesus um tratamento adequado ao problema de saúde de cada doente, visando sempre uma melhor qualidade de vida.

ANEXO IV

Projecto "Passo a Passo..."



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde



Célia Augusta Gomes da Cunha

Porto, 20 de Junho de 2009



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde



Aluno: Célia Augusta Gomes da Cunha
Orientadora: Prof. Emília Preciosa
Tutora: Enf.^a Ana Rita Parra Gonçalves

Porto, 20 de Junho de 2009

Índice

Introdução.....	3
1 - Reabilitação em Psiquiatria e Saúde Mental.....	5
1.1 – Papel do Enfermeiro.....	9
2 - «Passo a Passo...Para a Missão»	11
3 – Sessões de Grupo.....	17
3.1 - «Passo a Passo...Para viver em grupo»	21
3.2 - «Passo a Passo...Para uma higiene pessoal cuidada»	24
3.3 - «Passo a Passo...Para uma alimentação saudável»	28
4 - «Passo a Passo... Na comunidade»	32
Conclusão.....	35

ANEXOS

ANEXO I - Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para viver em grupo"

ANEXO II - Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada"

ANEXO III - Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para uma alimentação saudável"

Introdução

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiatria, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. O período de estágio a que se reporta este trabalho é de 20 de Abril de 2009 a 20 de Junho de 2009, enquadrando-se no Módulo I – Promoção e estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção, a realizar-se no Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga.

A doença mental afecta cada vez mais pessoas em todo o mundo... e muitas são as que sofrem em silêncio... Pois, o défice de informação sobre a saúde mental e psiquiatria é latente nos utentes, nas famílias e demais comunidade, existindo mesmo uma discriminação em consequência de um estigma, que dificulta o tratamento, a reabilitação e a integração social dos utentes. Este estigma não só afecta a pessoa com doença mental, mas os seus familiares e inclusive os profissionais de saúde, tal como cita Berrio (2008, p. 15-21). Daí que, segundo as indicações da Organização Mundial de Saúde (2001, p.1-5) e do Conselho Nacional de Saúde Mental (2005, p.15) exista uma necessidade de sensibilização da comunidade para desmitificar a doença mental, de promover a saúde mental e de recuperar os direitos humanos das pessoas com tais transtornos. Neste âmbito, e segundo a Organização Mundial de Saúde (2007, p.1-5; 43-44) os enfermeiros tem um papel chave intervindo de diversas formas nesta área, uma vez que, possuem conhecimentos que lhes permitem uma actuação abrangente e crucial junto dos utentes e populações.

Neste sentido, e sobretudo para uma melhor integração/participação das utentes na comunidade, tendo sempre subjacente a programação dos cuidados numa perspectiva de reeducação, reabilitação e reintegração social do utente na comunidade, delineei este projecto intitulado «Passo a Passo...». Este, emerge tanto da observação que fui fazendo ao longo do período de estágio, assim como da identificação de necessidades de intervenção que fui constatando, sendo estas, sobretudo no âmbito: da higiene pessoal, da alimentação, da socialização, da interacção/comunicação enquanto grupo e do

conhecimento relativamente aos direitos/deveres e objectivos terapêuticos a atingir enquanto utentes inseridas no programa de Reabilitação.

A elaboração deste projecto tem como intuito promover a integração das utentes na comunidade e simultaneamente promover estilos de vida saudáveis, baseando-se sobretudo nos objectivos do serviço, assim como nos objectivos do Projecto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade, Aprendizagem), o qual integra este serviço de Reabilitação.

Após análise e reflexão, decidi estruturar este projecto da seguinte forma:

- ✓ Nota introdutória;
- ✓ Breve abordagem sobre a reabilitação em psiquiatria e saúde mental e o papel do enfermeiro;
- ✓ «Passo a Passo...para a missão»
- ✓ Sessões de grupo:
 - Sessão nº1 «Passo a Passo... para viver em grupo»
 - Sessão nº2 «Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada»
 - Sessão nº3 «Passo a Passo... para uma alimentação saudável»
- ✓ «Passo a Passo...na comunidade»
- ✓ Conclusão

Este trabalho foi elaborado de forma descritiva, englobando uma pesquisa bibliográfica neste âmbito, tendo também sido útil a componente teórica abordada nas aulas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, as orientações fornecidas e todos os conhecimentos adquiridos durante a prática profissional na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

1 – Reabilitação em Psiquiatria e Saúde Mental

Actualmente, diversos são os casos de perturbações mentais, em que se verifica a perda ou diminuição de capacidades da pessoa nos mais variados níveis, dando origem à necessidade de reabilitar estes indivíduos para serem inseridos na comunidade. Neste sentido, é necessária e esperada uma intervenção que vise a inclusão social das pessoas mentais, a protecção dos seus direitos fundamentais e da sua dignidade.

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) propõe para que a estratégia de reabilitação destes utentes seja executada sempre que possível na comunidade procurando melhorar a sua qualidade de vida.

No que diz respeito a Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 de Julho) divulga no seu artigo 2º medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive, estando aqui incluída a reabilitação através das acções de prevenção terciária da doença mental. Assim como no seu artigo 3º, sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. Porém, também no plano de Saúde Mental para o conselho de Braga, são adoptadas as mesmas directrizes mencionadas anteriormente, incentivando a desinstitucionalização e a reabilitação de doentes psiquiátricos de evolução prolongada, através da criação de medidas e gestão de recursos para uma alternativa à hospitalização.

Portanto, segundo a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), actualmente a finalidade da nova política da saúde mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade. Neste contexto, a nova política de saúde mental

visa a desinstitucionalização de doentes mentais, permitido desenvolver significativamente a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental.

Em 1995 a Organização Mundial de Saúde, definiu a Reabilitação Psicossocial como *«um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.»*

Como se pode verificar, não se trata de uma técnica ou apenas de um conjunto de estratégias, mas sim de um processo bastante abrangente e complexo.

Contudo, tal como se pode ler no Relatório Mundial de Saúde (2001) *«as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.»*

Neste sentido, e também segundo o Relatório Mundial de Saúde (2001) *«a reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compres, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.»*.

Daí que, para CORDO (2003) *«em reabilitação a ênfase é desviada dos sintomas psicopatológicos para as capacidades funcionais dos indivíduos»*, não sendo a reabilitação *«apenas um treino de actividades ou de competências»* pois, o que a define *«são os métodos e não o meio onde se faz (ou seja, é possível trabalhar em reabilitação nas grandes instituições hospitalares e é mesmo nestas que não se pode esquecer que a*

reabilitação psicossocial é um dos componentes de uma abordagem integral e abrangente em psiquiatria e saúde mental)».

Porém, um aspecto extremamente importante na reabilitação é a existência de uma adequada articulação entre os diversos membros da equipa. Neste sentido, CORDO (2003) enunciou doze princípios básicos a ter em conta para um bom funcionamento da equipa:

- ✓ *«Considerar sempre que cada pessoa é um ser individual com necessidades, desejos e problemas diferentes;*
- ✓ *Considerar que ninguém pode ser confundido com um número ou um diagnóstico;*
- ✓ *Considerar que ninguém pode ser minimizado ao seu estatuto de doente;*
- ✓ *Ter em conta que toda a pessoa espera de quem a rodeia uma atitude de empatia e de escuta;*
- ✓ *Ter sempre em conta que qualquer situação de doença é um momento vivido com angústia e ansiedade;*
- ✓ *Considerar que todo o doente necessita de se saber alvo de uma adequada atenção;*
- ✓ *Assumir que o respeito pelo doente se manifesta pela nossa capacidade de acompanhar o seu ritmo, o seu tempo, o seu espaço e o seu sofrimento;*
- ✓ *Considerar que todo o doente necessita saber que investimos plenamente na sua pessoa e na sua recuperação;*
- ✓ *Assumir que a vida de qualquer doente é tão importante e vale tanto como a nossa própria vida;*
- ✓ *Ter presente que a família vive um momento de crise quando algum dos seus membros adoece. O doente, mesmo que se encontre institucionalizado, não deixa de ter família;*
- ✓ *Considerar que a família requer atenção para readquirir segurança e confiança na sua capacidade de resolver problemas;*
- ✓ *Nunca esquecer que cada um de nós é co-responsável pela qualidade assistencial praticada e pelo modo de funcionamento de qualquer equipa».*

No entanto, existem princípios, objectivos e valores que orientam o trabalho de reabilitação psicossocial. Neste âmbito, a OMS (2002), estabelece como objectivos da reabilitação psicossocial primordialmente: a emancipação (empowerment) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo).

Pois, são precisamente estes os objectivos que os serviços de reabilitação psiquiátrica deverão lutar para alcançar os seus clientes, assim como são estes que deverão andar de mãos dadas com os valores da reabilitação psiquiátrica, cuja combinação de ambos determinará os princípios orientadores dos serviços.

Neste contexto, parte-se do consenso universal de que os serviços de reabilitação psiquiátrica são designados para ajudar pessoas com doença mental severa a alcançar recuperação, a atingir a máxima integração comunitária e a atingir a mais alta possibilidade de qualidade de vida. Por sua vez, os valores detêm atitudes gerais que influenciam o comportamento profissional de diferentes maneiras, os quais, apontam para a necessidade de os profissionais de reabilitação psiquiátrica tê-los articulados, porque eles estão embutidos nos modelos (projectos) dos programas e nas estratégias dos serviços.

Quanto aos princípios orientadores da reabilitação psiquiátrica compreendem um conjunto de normas que podem ser aplicadas em situações específicas, para atingir os objectivos, e reflectem os valores nesse campo. Estes princípios, são instrumentos importantes para providenciar orientação no dia-a-dia em situações clínicas e para a sistematização da prática de reabilitação psiquiátrica. Contudo, são princípios da reabilitação psiquiátrica: a individualização de todos os serviços; o máximo envolvimento de clientes, a preferência e escolha; focalizar os pontos fortes; a avaliação situacional; integração tratamento/reabilitação, abordagem holística; serviços coordenados, acessíveis e contínuos; foco vocacional; treino de habilidades; modificações ambientais e suporte; participação com a família e foco orientado na identificação, avaliação e resultado.

Porém, as organizações de reabilitação com base na sua experiência identificam ainda muitos desafios concretos que merecem ser analisados no apoio prestado às pessoas com problemas de saúde mental, isto é: as perspectivas e filosofias a serem adoptadas nos programas de reabilitação psicossocial; questões físicas e funcionamento (espaços adequados, acessíveis, articulados); geográficos (concentração nos grandes centros urbanos) e de contexto (programas intramuros/programas na comunidade); de formação (adequada às novas políticas de saúde mental); legislação e financiamentos e; informação e comunicação (dados, combate ao estigma) e; qualidade das respostas.

No entanto, em virtude da reabilitação psicossocial apontar para a redução de estigma e preconceito e visar promover equidade e oportunidade, seus proponentes estão empenhados na organização, legislação, profissionalização, qualidade de cuidado e garantia de qualidade de vida, organização familiar e suporte, auto-ajuda, participação educacional e promoção de esforços para fortalecer serviços, expansão de serviços, pesquisa e desenvolvimento dos sistemas existentes.

Em suma, a reabilitação psicossocial consiste num processo complexo, pois necessita da articulação de várias instâncias e de políticas específicas voltadas para a área sendo imprescindível, o envolvimento de profissionais, familiares, utentes, a desmitificação do sofrimento psíquico e educação da sociedade, numa perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano.

1.1 – Papel do Enfermeiro

Tendo em conta os princípios descritos anteriormente, para um bom funcionamento de uma equipa que trabalhe em reabilitação psicossocial, é possível desenvolver um bom trabalho nesta área. Relativamente, à intervenção de enfermagem pode-se constatar que o enfermeiro desempenha um papel crucial.

Pois, compete aos profissionais de enfermagem na área da reabilitação em saúde mental promover atitudes, competências e oportunidades de liderança junto dos utentes, sendo portanto, essencial que as pessoas com experiência de doença mental vivam em contextos naturais e disponham de oportunidades reais de participação social (em vez dos contextos simulados dos ambientes tradicionais da reabilitação em saúde mental).

A inclusão social é o resultado de um conjunto de pressupostos e valores que implicam que as pessoas com problemas de saúde mental tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como quaisquer outros cidadãos, tendo por base as condições necessárias para as pessoas poderem exercer o direito de escolha e de se relacionarem com pessoas em situações diversas para benefício mútuo.

Segundo o Regulamento para o exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), artigo 4º, é objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Dáí, o profissional de reabilitação psiquiátrica: acreditar que todas as pessoas têm o direito da autodeterminação, incluindo a participação em todas as decisões que afectam suas vidas; acreditar na dignidade e valor de todos os seres humanos, indiferente aos graus de *impairment, disability ou handicap*; ser optimista em relação à melhoria e eventual recuperação de pessoas com doença mental severa que estão sob os seus cuidados; assumir que todas as pessoas têm capacidade de aprender e crescer; ser sensível no respeito individual, cultural e diferenças étnicas de cada utente.

Portanto, pode-se dizer que quem trabalha em Reabilitação abarca um conjunto de qualidades ou atributos, tais como: pragmatismo, grande capacidade para lidar com a frustração, perseverança, criatividade e saber esperar.

Neste sentido, torna-se imprescindível que os profissionais dos serviços de saúde mental sejam apoiados no esforço de formação e transformação da sua visão e atitude profissionais, cooperando-se na construção de processos de participação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde mental.

Pois, só assim é que os serviços de reabilitação poderão proporcionar um ambiente de esperança no futuro e de oportunidades integradas e reais conduzidas pelos interesses e necessidades das pessoas com doença mental e seus familiares.

2 – «Passo a Passo...Para a Missão»

É quase um lugar-comum afirmar que a saúde mental é o parente pobre da saúde. Esta, apresenta-se como um valor vital, pois contribui para o desenvolvimento da pessoa, tornando-se um elemento fundamental na qualidade de vida e essencial para a vivência plena da vida humana, daí que todos a devam promover. Neste sentido, no que diz respeito à enfermagem a promoção da saúde é o bem eterno da própria profissão, pelo que a questão está, até onde os profissionais levarão a sua missão....

No entanto, a saúde também se apresenta como um direito, o qual está consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. São estes os princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, também extensivos a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a sua capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. Evolui-se no sentido de o doente ser ouvido em todo o processo de reforma, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços e encaminhamento das queixas.

Assume-se, portanto, como um instrumento de parceria na saúde, e não de confronto, contribuindo para os seguintes objectivos:

- ✓ Consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo o Sistema de Saúde;
- ✓ Reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, especialmente, proteger a dignidade e integridade humanas, bem como o direito à autodeterminação;
- ✓ Promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis;
- ✓ Desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde e, sobretudo, estimular uma participação mais activa por parte do doente;

-
- ✓ Proporcionar e reforçar novas oportunidades de diálogo entre organizações de doentes, prestadores de cuidados de saúde e administrações das instituições de saúde.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

Porém, na área da Saúde Mental e Psiquiatria, segundo a Lei de Saúde Mental – lei nº 36/98 de 24 de Julho, artigo 5º, o utente detém ainda determinados direitos e deveres. No entanto, para além dos direitos e deveres que o utente desfruta, cada serviço de saúde mental tem estabelecido determinadas normas, atendendo ao seu modo de funcionamento. A Reabilitação Psicossocial não é excepção, uma vez que é um serviço com características e objectivos específicos. Portanto, torna-se necessário um esclarecimento de aquilo a que se obrigam ambas as partes, para que a organização quotidiana de uma estrutura desta natureza funcione adequadamente.

Neste contexto e tendo por base a identificação de uma necessidade de intervenção neste âmbito, foi elaborado um Contrato Terapêutico, juntamente com a equipa multidisciplinar do serviço. Aquando da sua elaboração, estiveram subjacentes tanto os objectivos do projecto C.A.S.A.(Conveniência, Aprendizagem, Solidariedade e Autonomia), o qual integra o serviço de Reabilitação, como os direitos/deveres das utentes. É um documento que abarca as normas do serviço, assim como, os objectivos a atingirem pelas utentes enquanto inseridas no programa de Reabilitação. Este, será entregue à utente aquando da sua chegada ao serviço e posteriormente, analisado para que não haja dúvidas. Após análise e ponderação a utente assinará o contrato comprometendo-se a cumprir as normas do serviço e o respectivo contrato. Realço o facto de ser fundamental o cumprimento dos objectivos terapêuticos, uma vez que, o atingimento destes com êxito será o ponto de partida para uma melhor integração/participação das utentes na comunidade. Porém, será Passo a Passo...que cada utente os concretizará... consumando no final a missão.

CONTRATO

Projecto C.A.S.A.

(Conveniência, Aprendizagem, Solidariedade e Autonomia)

O Projecto C.A.S.A. é uma iniciativa da Casa de Saúde do Bom Jesus, na área da Reabilitação e Integração Comunitária de pessoas com perturbação psiquiátrica.

A Residência de Sta Teresa é uma unidade de treino residencial, situada no espaço da Casa de Saúde do Bom Jesus, que visa preparar as residentes para lidar eficazmente com as exigências do dia-a-dia tornando-as aptas a integrarem-se na comunidade.

A duração prevista para o treino residencial é de **um ano**, durante o qual as residentes terão que colaborar activamente no seu projecto de reabilitação.

Serão factores de **exclusão imediata**:

- ❖ Não cumprimento das regras;
- ❖ Não cumprimento das actividades ocupacionais;
- ❖ Consumo de álcool e/ou outras substancias tóxicas;
- ❖ Não adesão a medicação;
- ❖ Furto;
- ❖ Perigo de provocar incêndio;
- ❖ Risco de agressão física ou sexual;
- ❖ Risco de suicídio;

Outras normas:

Para além das normas já descritas há que ter em atenção o seguinte:

- ❖ Só é permitido fumar no exterior, em local com cinzeiro;
- ❖ Sempre que alguma residente usar loiça ou outros utensílios (mesa, bancada, chão) fora do horário das refeições deverá lava-los e arrumá-los de imediato;
- ❖ Cada residente terá uma chave da residência quando a equipa achar oportuno;
- ❖ Não é permitida a entrada de outras utentes da Casa de Saúde sem autorização prévias das monitoras ou técnicos da equipa;
- ❖ É obrigatória a higiene pessoal diária: banho duas vezes ao dia, lavagem de dentes após cada refeição, entre outras;
- ❖ Manter apresentação pessoal cuidada: cabelo penteado, roupa asseada, entre outros;
- ❖ Manter o seu espaço pessoal (cama, guarda-fatos, gavetas, etc.) asseado e arrumado.

Objectivos	Actividades
Objectivos a curto prazo (1 mês)	
Objectivos a médio prazo (3 meses)	
Objectivos a longo prazo (6 meses)	

A equipa terapêutica:

(Psiquiatra)

(A Assistente Social)

(A Coordenadora)

(A Enfermeira)

(A Psicóloga)

(A Monitora)

Nome: C.F.

Horários:

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
7h30	Levantar	Levantar	Levantar	Levantar	Levantar		
8h15	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço		
9h30–12h	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria		
12h	Reunião				Reunião		
12h 30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço		
14h – 16h	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria	Lavandaria		
16h	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche		
16h – 17h	Treino de tarefa geral com monitora	Tarefa diária	Tarefa diária	Tarefa diária	Tarefa diária		
17h – 18h		Ginástica			Ginástica		
18h – 19h							
20h	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar		
21h – 22h							
22h	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar		

(Exemplo das actividades diárias da doente)

Ao assinar este contrato, a residente compromete-se a cumprir as normas da unidade de treino.

Desde _____ de _____ de _____, na Casa de Saúde do Bom Jesus, por um período de um ano, o abaixo – assinado compromete-se a cumprir este contrato.

(Residente da Unidade de Treino)

3 - Sessões de Grupo

Os seres humanos são criaturas complexas, que partilham suas actividades da vida diária com vários grupos de pessoas. Segundo Sampson e Marthas (1990), citado por TOWNSEND (2002,pág. 116) *«nós somos organismos biológicos, possuindo qualidades comuns a todos os sistemas vivos e a outros de nossa espécie. Somos seres psicológicos, com claras capacidades humanas de pensamento, sentimento e acção. Somos também seres sociais, que funcionam como parte das redes complexas que nos ligam a outras pessoas».*

Portanto, é característica dos seres humanos reunir-se em grupos: nascem, crescem e morrem dentro de grupos sociais, uma vez que, é em grupo que trabalham, se divertem e descansam, é em grupo que atravessam os momentos de alegria, crescimento e tristeza e a evolução dos seus ciclos vitais. Daí que, segundo Zimmerman e Osório (1997) *«o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais, numa constante dialéctica entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social».*

Porém, os grupos têm funções diversas para seus membros. Sampson e Marthas (1990), citado por TOWNSEND (2002,pág. 116) definiram oito funções, tais como:

- ✓ «*Socialização*» - o grupo cultural em que nascemos inicia o processo de aconselhar normas sociais, sendo este prolongado por toda a nossa vida por membros de outros grupos a que nos associamos;
- ✓ «*Apoio*» - os colegas de grupo estão disponíveis em circunstâncias de necessidade;
- ✓ «*Completar uma tarefa*» - os elementos do grupo prestam auxílio em tarefas que estão além da capacidade de um indivíduo sozinho ou quando os resultados podem ser obtidos de modo mais real por uma equipa;
- ✓ «*Camaradagem*» - os membros do grupo propiciam alegria e prazer que os indivíduos buscam nas interacções com os seus entes queridos;
- ✓ «*Informação*» - obtém-se conhecimento quando membros individuais assimilam como outros no grupo resolveram situações parecidas àquelas com que eles estão se confrontando no momento;

-
- ✓ «*Normativa*» - esta função relaciona-se com a forma pela qual os grupos aplicam as normas estabelecidas;
 - ✓ «*Capacitar*» - os grupos coadjuvam a trazer melhoras nas condições existentes dando apoio aos membros individuais que procuram trazer modificações;
 - ✓ «*Governo*» - um exemplo desta função é o das regras sendo feitas por comités numa organização superior.

No entanto, um aspecto importante no seio de um grupo é a comunicação. Num processo de comunicação existe um emissor e um receptor, enquanto num grupo, há necessariamente tantos emissores e receptores quantos os elementos do grupo. Contudo, existe no seio do grupo um conjunto de canais de comunicação, isto é, redes de comunicação. Segundo Brown (1997), citado por GUERRA e LIMA (2005,pág. 56) há sobretudo quatro tipos de rede, nomeadamente:

- ✓ «*Rede em cadeia*» - a mensagem vai passando de indivíduo para indivíduo, podendo ser susceptível ao desencadear de rumores e boatos, ostentando desvantagens, como distorções e a falta de controlo sobre o processo de transmissão da mesma;
- ✓ «*Redes centralizadas*» - existe um elemento-chave que reúne a comunicação com os outros, que concentra a informação e a vai passando aos outros elementos do grupo. É ajustado a tarefas simples e fáceis, que não abarquem grande capacidade intelectual, uma vez que apenas o elemento que centraliza a informação é que tem possibilidade de decisão e todos os outros se confinam a colaborar;
- ✓ «*Rede circular*» - existe uma circularidade de informação, pois, todos os elementos estão em convivência uns com os outros e todos têm o mesmo poder de decisão. Daí, este tipo de comunicação ser mais amoldado para tarefas que exigem maior aptidão intelectual;
- ✓ «*Rede completa*» - conjectura uma maior e melhor interacção entre todos no grupo, o que origina uma maior satisfação nos seus membros, sendo portanto, mais adaptada para tarefas mais complexas e que impõem maior grau de criatividade.

Porém, é frequente existirem dificuldades de comunicação e conflitos no seio do grupo, pois, tive a oportunidade de o constatar ao longo do estágio através do contacto e convivência com as utentes. Por outro lado, também observei que existe uma baixa socialização entre as utentes, uma dificuldade latente na resolução de problemas, assim como no reconhecimento de mudanças e na utilização do grupo como um recurso de inter-ajuda. Daí, achar pertinente uma intervenção na gestão de conflitos, resolução de problemas e promover auto-ajuda entre o grupo.

Neste âmbito, e no sentido de facilitar/ reforçar a interacção e o funcionamento do grupo, considero as dinâmicas de grupo um processo de abordagem privilegiado. Pois, trata-se de uma área onde as dinâmicas podem desempenhar com elevada eficácia um papel muito importante na construção, desenvolvimento e manutenção de um ambiente adequado ao bom funcionamento de um grupo. A qualidade das interacções que os membros de um grupo estabelecem entre si é um factor importante para o bom funcionamento desse grupo. Porém, um bom relacionamento entre os membros de um grupo é uma condição indispensável, mas não suficiente para garantir o funcionamento adequado e eficaz de um grupo. Pois, é também, necessário que o grupo possua competências para agir colectivamente, nomeadamente: discutir e tomar decisões colectivamente, superar os inevitáveis atritos e conflitos decorrentes da interacção pessoal.

A dinâmica de grupo engloba determinadas actividades, que são vivenciadas em uma simulação, proporcionando situações e sensações da vida real, nas quais os participantes poderão agir com autenticidade. Contudo, a utilização de actividades de dinâmicas de grupo devem ser praticadas de forma construtiva e integrada, assim como, também devem ser postas em prática com um objectivo, eficácia e entusiasmo, no sentido de despertar interesse. Portanto, a dinâmica de grupo deve ser vista como uma técnica, um recurso, ao passo que as actividades de dinâmicas de grupo são um procedimento distinto de abordagem às vivências do grupo.

Saliento, que no dia-a-dia os profissionais de enfermagem participam de diversas situações de grupo. Em contexto de prestação de cuidados os enfermeiros exercem participação ou liderança em grupos de tarefa que criam orientações, descrevem procedimentos e planeiam os cuidados dos utentes. Particularmente, em psiquiatria os

enfermeiros lideram diversos tipos de grupos terapêuticos. No entanto, para operar efectivamente na capacidade de líderes desses grupos, os enfermeiros precisam de ser capazes de reconhecer diversos processos que ocorram nos grupos e de escolher o estilo de liderança mais apropriado para o tipo de grupo que está sendo liderado.

Assim sendo, uma vez que liderar grupos terapêuticos está dentro do campo da prática de enfermagem e o trabalho em grupo é uma abordagem terapêutica muito comum na psiquiatria, cabe aos profissionais de enfermagem neste campo tentar continuamente expandir seu conhecimento e usar o processo de grupo como uma significativa intervenção de enfermagem psiquiátrica.

Neste encadeamento, realço o grupo de utentes do campo de estágio, que apresenta diversas alterações de diagnósticos de enfermagem, as quais podem e devem ser trabalhadas através de terapias de grupo, como por exemplo, a dificuldade de socialização, comunicação, participação, adaptação, aprendizagem de capacidades e conhecimentos, entre outros.

Neste sentido, implementei três sessões de grupo com objectivos terapêuticos, tendo por base a promoção de estilos de vida saudável, os objectivos do serviço e a identificação de necessidades de intervenção que fui constatando ao longo do estágio, através do contacto e convivência com as utentes. As necessidades de intervenção, foram sobretudo no âmbito: da higiene pessoal, da alimentação, da socialização, da interacção/comunicação enquanto grupo, da resolução de problemas, assim como no reconhecimento de mudanças e na utilização do grupo como um recurso de inter-ajuda.

As sessões de grupo são as seguintes:

- ✓ Sessão nº1 «Passo a Passo... para viver em grupo»;
- ✓ Sessão nº2 «Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada»;
- ✓ Sessão nº3 «Passo a Passo... para uma alimentação saudável».

3.1 - «Passo a Passo...Para viver em grupo»

➤ PLANEAMENTO DA SESSÃO:

Dinamizador: Célia Cunha

Local: Sala da Residência Sta Teresa

Dia: 20 de Maio de 2009

Hora de Inicio: 18h

Hora de Término: 19h

Solicitação: entrega de convite formal

Intervenientes: Utentes do serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus

Material: PC, cartões, esferográficas

Objectivo geral:

- Promover a interacção do grupo

Objectivos específicos:

- Promover a comunicação entre o grupo;
- Promover a expressão de sentimentos e a partilha de problemas;
- Explorar as inter-relações do grupo;
- Detectar problemas/dificuldades entre o grupo;
- Desenvolver a confiança do grupo.

Conteúdo da sessão:

Aquecimento

- À medida que cada utente entra na sala, o dinamizador entrega-lhe um cartão colorido e vai-se sentando nas cadeiras dispersas em círculo.
- Musica: Mariah Carey e Whitney Houston – When you Believe
- Tempo: 5 min

«Quebra-gelo»

- Em círculo, o dinamizador começa uma frase dizendo «A coisa mais bela que me aconteceu esta semana foi...» e cada utente escreve no cartão a devida resposta. De seguida, o dinamizador inicia outra frase dizendo «A pior coisa que me aconteceu esta

semana foi...» e cada utente dá a resposta no cartão. Depois, cada utente lê em voz alta as suas respostas e explica o porquê de ter sido a mais bela coisa que lhe aconteceu ou a pior coisa que lhe aconteceu na semana.

- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 10min

Dinâmica inicial

- Cada utente completa no cartão a seguinte frase: «Eu gostaria de viver em grupo com... gostaria que ele (a)... e que ele (a) não me...». De seguida, cada utente lê sua resposta em voz alta.
- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 15 min

Dinâmica central

- O dinamizador começa uma frase dizendo «Para mim um grupo ideal tem que ter...» e cada utente completa no cartão a respectiva frase.
- No seguimento, o dinamizador lê as frases que as utentes escreveram e será debatido/explorado em grupo quais os ideais para cada utente relativamente a um grupo.
- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 20 min

Dinâmica final

- Solicitar às utentes, após uma breve reflexão para completarem as seguintes frases: «Ao longo desta sessão Reparei que... Descobri que... Fiquei a saber que...Quero...»
- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 10 min (Anexo I)

Dados de avaliação:

- Observação, exploração dos temas abordados e a dinâmica do grupo;
- Detecção de dificuldades e problemas a explorar em sessões futuras.

➤ AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

No momento da entrega do convite (uma semana antes da realização da sessão), todas as utentes demonstraram entusiasmo e vontade de aderir em actividades deste género, tendo todas referido que iriam participar na sessão.

No início da sessão, à medida que cada utente ia entrando na sala, sentava-se nas diversas cadeiras que existiam na sala dispostas em círculo. Neste instante, tive a oportunidade de observar:

- Que a maioria das utentes entraram na sala sem constrangimentos, receios ou medos de participar na sessão;
- Que as utentes evidenciavam uma certa curiosidade e interesse relativamente à sessão, excepto uma utente que se demonstrava indiferente a todo o que se estava a passar;
- Que uma outra utente esperou que a monitora se sentasse, escolhendo o seu lugar ao lado dela. É uma utente que detém carências afectivas bastante marcadas e que recorre frequentemente às monitoras e restante equipa de uma forma apelativa, daí ter escolhido o seu lugar de forma ficar perto da monitora;
- Que as restantes utentes se sentaram lado a lado das que tem maior proximidade e dependência de relacionamento no dia-a-dia, ou seja, as utentes que residem na Residência estavam próximas umas das outras e no prosseguimento estavam as que residem nos apartamentos.

No decorrer da sessão, aquela utente que inicialmente se demonstrou indiferente a todo o que se estava a passar, manteve sempre um distanciamento a tudo o que era solicitado, ostentando uma grande inactividade. Restantes utentes, tiveram uma participação activa ao longo da sessão tendo demonstrando interesse, empenho, motivação, sentido de responsabilidade, partilha e autonomia indo de encontro aos objectivos da Reabilitação.

Relativamente à dinâmica inicial, a pessoa com quem as utentes gostariam de viver em grupo era sobretudo membros da família ou então as monitoras do serviço. Quanto às características dessa pessoa de com quem gostariam de viver em grupo, podem-se agrupar as respostas em necessidades de solidariedade, amizade e elemento de projecção da família.

Em relação à dinâmica central, durante o debate pude constatar que para as utentes viver em grupo é um aspecto positivo na sua vida. No entanto, para que seja um grupo ideal tem que conter amizade, respeito, bom ambiente, coerência, harmonia, sentimento de partilha, união, um bom relacionamento entre os membros, compreensão e Paz.

Quanto à dinâmica final, verifiquei que as utentes têm um desejo enorme em reingressar na comunidade, assim como a perfeita consciência de que será Passo a Passo... que tal se consumará.

Ao longo da sessão, não foram referidos ou observados conflitos/problemas entre o grupo. Existe sim, uma dificuldade de interacção adequada e défices de comunicação por parte de algumas utentes, estando estes aspectos tendencialmente relacionados com a patologia associada.

Considero que a sessão decorreu dentro da normalidade. No que diz respeito, à minha prestação enquanto dinamizadora da sessão, senti inicialmente uma inquietação, dado ser a primeira vez que iria realizar um trabalho deste tipo e também porque não sabia qual iria ser a receptividade das utentes. Contudo, com o decorrer da sessão fui me sentindo confiante e segura, pois as utentes evidenciavam empenho e interesse no tema.

3.2 «Passo a Passo...Para uma higiene pessoal cuidada»

➤ PLANEAMENTO DA SESSÃO:

Dinamizador: Célia Cunha

Local: Sala da Residência Sta Teresa

Dia: 01 de Junho de 2009

Hora de Início: 18h

Hora de Término: 19h

Solicitação: entrega de convite formal

Intervenientes: Utentes do serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus

Material: PC, roupas variadas

Objectivo geral:

- Sensibilizar as utentes para a importância da higiene pessoal

Objectivos específicos:

- Avaliar conhecimentos sobre a higiene pessoal, a higiene oral e o asseio pessoal;
- Explorar as opiniões do grupo sobre esta temática;
- Promover a partilha de experiências;
- Sensibilizar as utentes para o cumprimento dos hábitos de higiene pessoal;
- Explorar relações entre o grupo;
- Promover estilos de vida saudáveis.

Conteúdo da sessão:*Aquecimento*

- Todas as utentes sentam-se no chão, em círculo. Uma utente coloca-se numa posição de estátua no meio da roda. O grupo dá um nome à estátua. Outra utente vai juntar-se à primeira e coloca-se numa posição que tenha a ver com aquela. Dá-se outro nome à nova estátua. Assim por diante, até se completar um grupo escultório mais ou menos perfeito.
- Música: James Asher - « Far Over the Hill»; «Heart Song»
- Tempo: 5 min

«Quebra-gelo»

- Um dos elementos volta-se de costas para o grupo e um outro elemento descreve alguém do grupo. Concede-se um dado período de tempo para a pessoa adivinhar quem é que se está a descrever. Uma vez feita essa descoberta, cabe a esse componente escolher outro para adivinhar quem vai ser a seguir descrito por um terceiro elemento escolhido pelo que anteriormente havia feito a descrição.
- Música: MEW - «Comforting Dounds»
- Tempo: 10 min

Dinâmica inicial

- O dinamizador começa uma frase dizendo «Para mim hábitos de higiene pessoal é por exemplo...» e cada elemento do grupo completa a frase oralmente. De seguida, o dinamizador inicia outra frase dizendo «Para mim a higiene oral é...» e as utentes uma a

uma concluem a frase. No seguimento, o dinamizador inicia uma outra frase dizendo «Para mim o asseio pessoal é...» e cada utente termina a frase.

- Musica: Aisha Duo - Amanda

- Tempo: 10 min

Dinâmica central

- Diante de uma diversidade de questões/ respostas relacionadas com a higiene pessoal e a higiene oral, solicitar às utentes para assinalarem qual a resposta correcta, sendo debatido em grupo o porquê de ser aquela a resposta certa.

- De seguida, perante uma variedade de roupas pedir a cada utente para escolher/seleccionar a roupa que vestiria se estivesse:

- ✓ Um dia de Outono, 17°C, céu nublado e vento;
- ✓ Dia de Primavera, 23°C, céu limpo e o sol a brilhar;
- ✓ Dia de Inverno, a chover, vento e uma temperatura de 10°C;
- ✓ Dia de Verão, muito calor.

- Musica: Aisha Duo – Amanda

- Tempo: 25 min

Dinâmica final

- Solicitar às utentes, após uma breve reflexão para completarem as seguintes frases: «Ao longo desta sessão Reparei que... Descobri que... Fiquei a saber que...Quero...»

- Musica: Aisha Duo – Despertar

- Tempo: 10 min (Anexo II)

Dados de avaliação:

- Observação de comportamentos;

- Avaliação de conhecimentos;

- Detecção de dificuldades e problemas a explorar em sessões futuras.

➤ AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

De uma forma global as utentes continuaram a demonstrar capacidade de socialização e motivação para integração em actividades de grupo, levando-me a considerar que os défices de socialização estarão relacionados com factores externos às utentes (estigma/discriminação pela sociedade e falta de apoio familiar).

Em relação à disposição das utentes na sala verifiquei que aconteceram alterações gerais, nomeadamente, que a utente que na sessão anterior se sentou próximo da monitora desta vez sentou-se junto da companheira mais velha que reside consigo no apartamento, isto porque nesta sessão a monitora não esteve presente. No entanto, identifiquei alguns padrões comuns, tais como:

- As utentes entrarem na sala sem constrangimentos, receios ou medos de participar na sessão;
- As utentes evidenciarem uma certa curiosidade e interesse relativamente à sessão;
- As utentes se sentaram lado a lado das que tem maior proximidade e dependência de relacionamento no dia-a-dia, ou seja, as utentes que residem na Residência estavam próximas umas das outras e no prosseguimento estavam as que residem nos apartamentos.

Ao longo da sessão, de um modo geral todas as utentes demonstraram atenção e disponibilidade de aprendizagem, tendo existido sempre um bom feedback. Quanto à dinâmica inicial, as utentes provaram ter conhecimentos acerca da higiene pessoal, higiene oral e asseio pessoal, excepto uma utente que não tinha a noção do que é o asseio pessoal.

Relativamente à dinâmica central, durante o debate pude averiguar que algumas utentes não têm bem esclarecido determinados aspectos de higiene pessoal, nomeadamente na utilização de sanitários públicos, no número de vezes que devem lavar o cabelo e à importância da lavagem da fruta antes de comer. No que diz respeito, à higiene oral revelaram desconhecimento num ponto, que foi o da lavagem da língua de modo a remover as bactérias e a refrescar o seu hálito. Quanto à selecção das roupas não apresentaram dificuldades, tendo tido feito escolhas adequadas e mostrado

competências para tal. Perante esta realidade considero necessário e indispensáveis intervenções futuras neste âmbito.

Em relação à dinâmica final, aferi que as utentes assimilaram os conhecimentos e estão determinadas a mudar alguns aspectos do seu dia-a-dia relativamente aos hábitos higiene pessoal, higiene oral.

Enquanto dinamizadora da sessão, tinha como intuito efectua-la com eficiência e entusiasmo, de modo a despertar interesse e motivação nas utentes. A apresentação desta, processou-se de uma forma espontânea, tendo tido sempre presente o envolvimento e a participação dos elementos do grupo. Em suma, considero ter tido uma prestação positiva.

3.3 «Passo a Passo...Para uma alimentação saudável»

➤ PLANEAMENTO DA SESSÃO:

Dinamizador: Célia Cunha

Local: Sala da Residência Sta Teresa

Dia: 12 de Junho de 2009

Hora de Inicio: 18h

Hora de Término: 19h

Solicitação: entrega de convite formal

Intervenientes: Utes do serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus

Material: PC

Objectivo geral:

- Sensibilizar as utentes para a importância de uma alimentação saudável.

Objectivos específicos:

- Avaliar conhecimentos sobre uma alimentação saudável;
- Explorar as opiniões do grupo sobre esta temática;
- Promover a partilha de experiencias;
- Sensibilizar as utentes para o cumprimento dos hábitos de uma alimentação saudável;

-
- Explorar relações entre o grupo;
 - Promover estilos de vida saudáveis.

Conteúdo da sessão:

Aquecimento

- As utentes sentam-se, espalhando-se pela sala. Uma pessoa, “A” sai. Todas as utentes trocam de lugares, e outra pessoa, “B”, sai também, esconde-se. “A” volta à sala e dispõe de 30 segundos para descobrir quem é que falta. Se descobrir ganha, se não descobrir quem ganha é “B”.
- Musica: Adriana Calcanhoto - Lição de Baião
- Tempo: 5 min

«Quebra-gelo»

- Uma das utentes do grupo põe-se séria e decide que não voltará nem a rir nem a sorrir. Uma outra utente tenta mudar esse estado de espírito. As utentes mudam quando, quando a primeira rir ou sorrir.
- Musica: Hanshan Temple
- Tempo: 10 min

Dinâmica inicial

- O dinamizador coloca ao grupo as seguintes questões:
 - ✓ O que é uma alimentação saudável?
 - ✓ Uma alimentação saudável ... para quê?

Cada utente após uma breve meditação responderá em voz alta, desencadeando-se assim uma discussão acerca da importância dos alimentos/nutrientes e de uma alimentação saudável ao longo da nossa vida.

- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 10 min

Dinâmica central

- A Roda dos Alimentos:
 - ✓ Analisar em grupo a roda dos alimentos, nomeadamente o que é, como é constituída e como se utiliza;
 - ✓ Explorar as observações das utentes sobre a temática;

-
- ✓ Solicitar às utentes a partilha de experiências relativamente ao seu plano alimentar.
 - Musica: Aisha Duo – Despertar
 - Tempo: 25 min

Dinâmica final

- Debate em grupo acerca das regras de uma alimentação saudável, reforçando assim mais uma vez a importância de uma alimentação saudável.
- Musica: Aisha Duo – Despertar
- Tempo: 10 min (Anexo III)

Dados de avaliação:

- Observação de comportamentos;
- Avaliação de conhecimentos;
- Detecção de dificuldades e problemas a explorar em sessões futuras.

➤ AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

Aquando da comunicação e entrega do convite para mais uma sessão, as utentes evidenciaram entusiasmo e vontade de participar na sessão.

Relativamente, à disposição das utentes na sala nesta sessão averigui que não ocorreram alterações, tendo as utentes mantido os locais próximos das mesmas pessoas.

Durante a sessão, de uma maneira geral todas as utentes evidenciaram atenção, interesse, motivação e empenho tendo tido uma participação positiva. Na dinâmica inicial, as utentes comprovaram ter conhecimentos do que é uma alimentação saudável e o porquê de ser importante terem uma alimentação saudável. Tinham a noção de alguns nutrientes que constituem os alimentos, no entanto, demonstraram dificuldades em enumerar os alimentos que continham esses nutrientes. A maioria também desconhecia as finalidades de cada nutriente.

Relativamente à dinâmica central, durante o debate pude apurar que a maioria das utentes conheciam a Roda dos Alimentos, estando elucidadas no que diz respeito à sua

constituição e como se utiliza. No entanto, revelaram algumas dificuldades quanto ao número de porções recomendado.

Em relação à dinâmica final, todas as utentes tinham a percepção das regras de uma alimentação saudável, citando quais os alimentos que se devem evitar em excesso e quais os que se devem preferir/escolher.

Enquanto dinamizadora da sessão penso ter tido uma boa prestação. O sentimento de inquietação que sentira na primeira sessão, nesta não surgiu, pois, senti-me mais à vontade e confiante, tendo contribuído para tal facto a demonstração de interesse e motivação das utentes.

4 - «Passo a Passo...Na Comunidade»

A doença mental afecta cada vez mais pessoas em todo o mundo sendo consequentemente a sua carga social e económica medonha. Daí, a doença mental representar sem dúvida um problema grave de saúde pública.

No entanto, a própria sociedade parece desconhecer as repercussões das doenças mentais, assumindo um papel demasiado passivo e discriminativo, contribuindo para o estigma sobre a doença mental, baixa informação nesta área, desenvolvimento de crenças erradas, limitando mesmo acções dos profissionais de saúde.

Na ideia geral das pessoas a doença mental é associada à deficiência mental, assim como, o doente mental é encarado como um individuo que não é capaz de pensar e ao qual lhe é associado um factor de perigosidade. Porém, a doença mental é também com frequência relacionada com o mendigo que deambula pelas ruas, que fala sozinho, com a mulher que aparece na televisão dizendo ter dezasseis personalidades e com o homicida “louco” que aparece nos filmes. Palavras como “maluco”, “esquizofrénico”, “psicopata” e “maníaco”, são vulgarmente utilizadas na linguagem do dia-a-dia. As pessoas olham-se e dizem: “Isto não me vai acontecer de modo nenhum, não sou maluco, venho de uma família sólida”, ou então, “ a doença mental não me afecta, isso é problema dos outros”.

Pode-se assim considerar a doença mental como que uma sombra na sociedade e da qual ninguém duvida que há um estigma associado. Este estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão. Este, afecta fortemente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental e representa dificuldades acrescidas às próprias pessoas com doença mental e aos seus familiares. Portanto, o estigma e a discriminação:

- ✓ Isolam os indivíduos em relação aos outros;
- ✓ Excluem-nos das actividades do dia-a-dia;
- ✓ Impedem-nos que arranjem emprego;
- ✓ Dificultam a procura de ajuda;
- ✓ Têm um impacto negativo na saúde física;

-
- ✓ Atrasam tratamentos e complicam os processos de recovery.

É com base nesta discriminação, que aqueles que se recompuseram de uma doença mental se escondem frequentemente atrás de um “disfarce”, de modo a manter o seu passado secreto. Esta necessidade de esconder resulta de um receio fundado de se ser rejeitado e desvalorizado, devido a uma doença, como se esta fosse um mal.

Neste contexto, pode-se constatar que os problemas de saúde mental ainda se encontram rodeados pela ignorância e preconceito, apesar de um em cada quatro adultos, os vivenciar a dada altura das suas vidas. Perante tal facto também se pode verificar que o estigma associado à doença mental é dos mais fortes actualmente na nossa sociedade, e uma das grandes barreiras à recuperação dos indivíduos com doença mental.

Portanto, está mais do que na hora de mudar a atitude face à doença mental, sendo extremamente importante reter os seguintes aspectos:

- ✓ Doença mental pode afectar pessoas de todas as idades, raças, etnias, religiões e estratos sociais;
- ✓ Os doentes mentais são sobretudo indivíduos que podem recuperar;
- ✓ Os doentes mentais são pessoas como todas as outras;
- ✓ As pessoas deverão ser julgadas pelos seus méritos próprios e não pela doença de que sofrem e pelo estigma a ela ligado;
- ✓ Doença mental deve ser entendida com a mesma naturalidade com que é encarada uma outra patologia, sem conotações e estigmas.

Porém, no caminho para uma recuperação são inúmeros os obstáculos que os doentes mentais têm que desafiar e ultrapassar. No entanto, será Passo a Passo...que tal acontecerá enquanto inseridas no programa de Reabilitação, sendo imprescindível que o doente mental, cidadão de pleno direito, não seja excluído, mas sim apoiado na sua integração na comunidade. Assim sendo, o serviço de Reabilitação é para ele um local de encontro e sobretudo... um ponto de partida!

Foi neste encadeamento e tendo em conta que cabe aos enfermeiros contribuir para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 88), que ao longo do estágio, considerei pertinente o planeamento e implementação de na iniciativas comunidade com o

envolvimento das utentes. Aquando do planeamento destas, tinha como intuito quebrar o isolamento do doente mental e apoiar a pessoa portadora de doença mental a ter uma vida normal, equilibrada, sentindo-se útil na sociedade.

Sendo assim, realizei juntamente com quatro utentes e uma monitora do serviço, uma ida as compras a uma superfície comercial, tendo desta forma a possibilidade de observar a relação das utentes com a comunidade e de fazer a respectiva avaliação das suas dificuldades de integração na comunidade.

Inicialmente, uma das utentes com o auxílio da monitora, das restantes utentes e com a minha supervisão elaborou o plano das refeições para a semana, o plano semanal de compras e realizou a lista de necessidades. No hipermercado todas as utentes colaboraram aquando da realização das compras, demonstrando destreza, habilidades e competências para tal, sendo exemplos claros disso a capacidade de relacionar a qualidade/preço dos produtos, de ver os prazos de validade dos alimentos e o acondicionamento do produto. Posteriormente, abordei-as quanto ao preço total das compras efectuadas e dei-lhes dinheiro, especificamente notas mal recortadas e com bonecos da Disney. Após ponderação e debate entre as utentes, três delas tiveram a percepção do valor real das compras efectuadas, tendo apenas uma utente citado um valor desajustado. Quanto ao dinheiro todas as utentes o conheceram, não entanto, nenhuma identificou que era falso.

De uma maneira geral todas as utentes demonstraram à vontade no hipermercado, tendo estabelecido um bom feedback com os empregados sempre que necessário. Não evidenciaram receios ou constrangimentos. No entanto, constatei que algumas pessoas presentes no hipermercado espriavam um olhar receoso e afastavam-se.

Daí, considerar que é urgente e necessária uma mudança de mentalidades e acções para **“Cuidar sim, Excluir não”**.

Conclusão

A Reabilitação da pessoa com doença mental é actualmente uma das exigências das políticas de saúde. Tal exigência, para os enfermeiros não é mais do que um conjunto de intervenções determinadas para efectuar uma prestação de cuidados com qualidade, nomeadamente, a nível da prevenção terciária.

Daí que, o desempenho dos profissionais na área da Reabilitação seja crucial, uma vez que é destes que se espera o saber necessário para o lançamento de projectos de mudança que advém não só da sua formação e experiência, mas também de um desejo e atitude que possam manter o processo, não obstante as dificuldades e as crises.

No entanto, é indispensável ter um conhecimento perspicaz de determinados aspectos na área da Reabilitação Psiquiátrica, tais como: adaptação dos serviços, avaliação funcional (necessidades do utente/ambiente), objectivos e planificação, compromisso com o processo, treino de competências, treino e seguimento no ambiente que o rodeia, apoios necessários, modificação do ambiente, trabalho em equipa, coordenação entre equipas e avaliação de resultados.

Assim sendo, considero que as minhas expectativas relativamente a este projecto foram superadas, pois, também tive uma enorme receptividade das utentes ao longo da realização deste trabalho. Penso ter tido momentos de grande aprendizagem e ter sido gratificante a realização deste trabalho, uma vez que me permitiu abrir e alargar horizontes. Porém, também foi extremamente enriquecedor o desenvolvimento e adequação prática deste trabalho.

Para finalizar, gostaria de agradecer a toda a equipa de enfermagem o auxílio que me disponibilizaram na elaboração deste trabalho, em especial à Enf.^a Orientadora. Assim como, não podia deixar aqui uma palavra para as utentes que sempre se disponibilizaram quando solicitadas.

Bibliografia

BERRIO, A. 2008. *La enfermedad Mental – luchar contra su estigmatización*. Hospitalarias. Nº278 Março. pp. 15-21

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2005). *Relatório reabilitação psicossocial em saúde mental: Situação actual e recomendações*. Lisboa. Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial Conselho Nacional de Saúde Mental. pp. 15

CORDO, Margarida . 2003. *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental: das famílias para a instituição da instituição para a família*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972– 796 – 075-8

GUERRA, Marina P.; LIMA, Lígia. 2005. *Intervenção Psicológica em grupos: em contextos de saúde*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-161-4

JENKINS, Rachel; NEWTON, Jennifer. 1996. *A prevenção da depressão e da ansiedade: o papel da equipa de cuidados de saúde primários*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-95908-4-2

Ordem dos Enfermeiros (2003) - *Código Deontológico dos Enfermeiros – Anotações e comentários*. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). *Atlas: Nurses in Mental Health* 2007. Suíça. pp. 1-5; 43-44

RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Organização Mundial de Saúde. pp.1-5

TOWNSEND, Mary. 2002. *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição. Guanabara Koogan

ANEXOS

ANEXO I

Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para viver em grupo"

"Passo a Passo...
para viver em grupo"

A coisa mais bela
que me aconteceu
esta semana foi...

A pior coisa que me
aconteceu esta
semana foi...

Eu gostaria de viver
em grupo com...
Gostaria que ela (e)...
e que ela (e) não...

Para mim um grupo
ideal tem que ter...

Reparei que...
Descobri que...
Fiquei a saber que...
Quero...

ANEXO II

Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada"

Passo a Passo... para uma higiene pessoal cuidada

Para mim hábitos de
higiene pessoal é por
exemplo...

Para mim a
higiene oral é...

Para mim o asseio
pessoal é...

Higiene pessoal



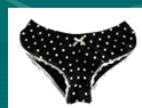
Tomas banho:

- Todos os dias ☐
- Duas vezes por semana ☐
- Uma vez por semana ☐

Lavas o cabelo:



- Quando está muito sujo ☐
- Todos os dias ☐
- Uma a duas vezes por semana ☐



Mudas de roupa interior:

- Todos os dias ☐
- Quando esta suja ☐
- No fim de semana ☐

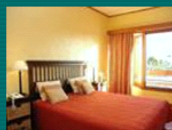
Quando vais a sanitários públicos:



- Sento-me na sanita ☐
- Não me sento na sanita ☐
- Protejo o tampo com papel ☐

9

Arejas o teu quarto:



- Ao fim de semana ☐
- Quando esta um dia de sol ☐
- Todos os dias ☐

10

Lavas as mãos:



- Sempre que como ☐
- Sempre que se justifique ☐
- De manhã e à noite ☐

11

Usas desodorizante:



- Todos os dias, depois do banho ☐
- Sempre que transpiro ☐
- Quando sinto que estou a cheirar mal ☐

12

Cortas as unhas:



- Todos os dias ☐
- Sempre que estão grandes ☐
- Regularmente, para nunca crescerem muito ☐

13

A fruta em tua casa:



- É lavada antes de ser colocada na fruteira ☐
- É lavada ou descascada antes de ser comida ☐
- É comida sem ser lavada ☐

14

A loiça em tua casa:



- É passada por água ☐
- É lavada com detergente e passada por água ☐
- É lavada na máquina da loiça ☐

15

Lavas os dentes:



- Nunca lavo ☐
- De manhã e à noite ☐
- De manhã, depois de comer e à noite ☐

16

Nunca se esqueça:
A higiene pessoal
nunca é demais!!

17

Higiene oral



18

Para uma boa saúde oral é importante:

- Escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia e usar o fio dentário diariamente;
- Fazer uma dieta equilibrada, comendo sobretudo alimentos ricos em cálcio, fósforo e vitaminas (leite, peixe, frutas e legumes);
- Usar produtos dentários que contêm flúor, incluindo a pasta dentífrica;

19

- Substituir a sua escova de dentes quando ela começar a parecer que está velha ou em cada 3 meses. É também importante substituir as escovas de dentes depois de ter estado constipado porque os pêlos retêm germes que podem conduzir a uma nova infeção;
- Ir ao seu dentista regularmente.

20

Técnica de escovagem correcta:

21

- Incline a escova a um ângulo de 45° de encontro à gengiva e faça movimentos horizontais, tipo vai - vem ou circulares, com a escova a partir da linha gengival.



22

- Escove suavemente as superfícies exteriores, interiores e de mastigação dos dentes fazendo movimentos curtos tipo vai-vem.



23

- Escove a sua língua suavemente de modo a remover as bactérias e a refrescar o seu hálito.



24



25

Asseio pessoal



26

Descobri que...
Fiquei a saber que...
Quero...

27

ANEXO III

Diapositivos da sessão de grupo "Passo a Passo... para uma alimentação saudável"

Passo a Passo... para uma alimentação saudável



1

O que é uma alimentação saudável?

"É a forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade adequada de alimentos escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénica, submetidos a benéficas manipulações culinárias"

Emílio Peres, "Saber comer para melhor viver"

2

Alimentação saudável

Completa – Incluir todos os alimentos;

Equilibrada – Fornecer os alimentos com equilíbrio;

Variada – Diversificar os alimentos.

3

Alimentação saudável... para quê?

- ✓ Obter uma vida saudável;
- ✓ Contribuir para o bem estar;
- ✓ Ajudar a prevenir doenças crónico – degenerativas.

4

O que são os alimentos?

São substâncias usadas para alimentar os seres vivos ao longo da sua vida e que fornecem todos os nutrientes necessários para:

- ✓ Produção de energia;
- ✓ Funcionamento correcto do organismo;
- ✓ Formação, crescimento e reparação do corpo.



5

O que são os nutrientes?

São substâncias que existem nos alimentos, que fornecem compostos essenciais ao nosso organismo.

Os alimentos fornecem 7 grupos de nutrientes:

- ✓ Proteínas;
- ✓ Hidratos de carbono;
- ✓ Gorduras;
- ✓ Vitaminas;
- ✓ Minerais;
- ✓ Água;
- ✓ Fibra.



Proteínas

- ✓ São substâncias que servem para construir e reparar os tecidos do corpo humano (músculos, tendões, ossos, pele);
- ✓ São indispensáveis para o crescimento.



7

Hidratos de Carbono

- ✓ São substâncias que nos fornecem energia para nos movimentarmos e para trabalharmos no dia a dia;
- ✓ São como o combustível do nosso organismo.



8

Gorduras

- ✓ Também nos dão energia, protegem contra o frio e transportam algumas vitaminas;
- ✓ Também são o nosso combustível.



9

Vitaminas e Minerais

- ✓ Ajudam ao bom funcionamento do organismo, regulando-o.
- ✓ Ajudam no aproveitamento das outras substâncias que constituem os alimentos, são como os sinais de trânsito.



10

Roda dos alimentos

O que é?

Como é constituída?

Como se utiliza?



11

Regras de alimentação saudável

- ✓ Tomar sempre o pequeno almoço logo após acordar;
- ✓ Comer de 3 em 3 horas;
- ✓ Mastigar e ensalivar todo o que se come e bebe;
- ✓ Tomar cerca de 2 – 3 chávenas almoçadeiras de leite por dia;
- ✓ Comer diariamente legumes e hortaliças nas proporções aconselhadas pela roda;
- ✓ Nas beber bebidas alcoólicas;
- ✓ Evitar os fritos, assados e molhos com muita gordura;

12

Regras de alimentação saudável

- ✓ Eliminar ou reduzir o sal;
- ✓ Reduzir o consumo de açúcar e produtos açucarados (bolos, rebuçados, chocolates)
- ✓ Adoptar uma alimentação completa, equilibrada e variada;
- ✓ Ter bons hábitos de higiene alimentar;
- ✓ Beber bastante água ao longo do dia (1,5l).

13

Fazer 5 a 6 refeições por dia:

Pequeno almoço: leite + pão ou cereais + fruta ou sumo natural



14

Lanche da manhã e da tarde:

- ✓ leite ou iogurte ou fruta + pão;
- ✓ Sumo natural + pão com queijo ou fiambre magro.



Almoço e jantar:

- ✓ Sopa de legumes + prato + legumes ou saladas + fruta;
- ✓ Alternar carne e peixe.



16

Ceia: leite ou iogurte ou fruta + pão



17

Evite o excesso de...



Prefira...



18

Alimentação saudável



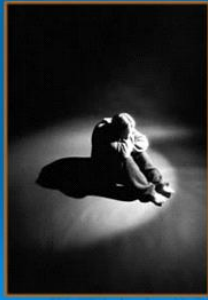
Comer de tudo um pouco

19

ANEXO V

Diapositivos utilizados na Sessão de Educação para a Saúde "Depressão"

DEPRESSÃO



1

O que é?

- ✓ É uma doença mental que se caracteriza por:
 - tristeza mais marcada ou prolongada;
 - perda de interesse por actividades habitualmente sentidas como agradáveis;
 - perda de energia ou cansaço fácil.

2

- ✓ Ter sentimentos depressivos é comum, sobretudo após experiências ou situações que nos afectam de forma negativa.
- ✓ Se os sintomas se agravam e perduram por mais de duas semanas consecutivas, convém começar a pensar em procurar ajuda.
- ✓ Pode afectar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade, e se não for tratada, pode conduzir ao suicídio, uma consequência frequente da depressão.

3

- ✓ A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica;
- ✓ Conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia;
- ✓ A depressão pode durar de alguns meses a alguns anos;
- ✓ A depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens.

4

Causas da depressão?

- ✓ Determinar qual o factor ou os factores que desencadearam a crise depressiva é importante, pois para o doente poderá ser vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esse factor durante o tratamento.
- ✓ As causas diferem muito de pessoa para pessoa.
- ✓ Há factores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos:

5

- **Factores genéticos:** Presença de genes relacionados com o mau funcionamento de circuitos cerebrais, relacionados a adaptação ao stress e percepção de prazer;
- **Factores ambientais:** A exposição a poluentes pode estar relacionado com um aumento da predisposição à doença;
- **Factores relacionados** com outras situações clínicas: Outras doenças e distúrbios podem originar episódios depressivos, como alterações hormonais, infecções, tumores, medicamentos e uso de drogas.
- **Factores psicológicos:** Traumas de infância, separações, perda de pessoas queridas e stress permanente.

6

É possível prevenir a depressão?

- ✓ A prevenção é sempre a melhor abordagem, pois permite a intervenção precoce de profissionais de saúde e impede o agravamento dos sintomas.
- ✓ Se sofre de ansiedade e/ou ataques de pânico, não hesite em procurar ajuda médica especializada, pois muitas vezes são os primeiros sintomas de uma depressão.
- ✓ Se apresenta queixas físicas sem que os exames de diagnóstico encontrem uma explicação então aborde o assunto com o seu médico assistente.

7

Como se diagnostica a depressão?

- ✓ A depressão é uma doença. Necessita de uma avaliação médica cuidadosa para o diagnóstico;
- ✓ Não existem meios complementares de diagnóstico específicos para a depressão: o diagnóstico clínico é fácil e bastante preciso.
- ✓ Dirija-se sempre ao seu médico de família: estes médicos podem reconhecer a presença da doença, e caso considerem necessário, podem contactar com um médico psiquiatra para esclarecimento do diagnóstico e para orientação terapêutica.

8

Diagnóstico precoce

- ✓ É muito importante;
- ✓ É benéfica para o doente;
- ✓ Tem um melhor prognóstico;
- ✓ Têm uma duração menor.

9

Sinais de Depressão

- ✓ Podem ser misteriosos porque podem ser confundidos com características gerais da natureza humana;
- ✓ Os sintomas de depressão podem incluir comportamento desequilibrado ou características que não são consideradas normais;
- ✓ Se tem qualquer dúvida ou preocupação sobre os sintomas de depressão, procure ajuda imediatamente para um diagnóstico próprio.

10

Sinais de Aviso

- ✓ Cansaço;
- ✓ Mudanças de Humor;
- ✓ Dificuldade de encarar a rotina diária;
- ✓ Pode ser despoletada por um acontecimento marcante, tal como: a morte de um familiar, divórcio, drogas, álcool, etc.

11

Sinais de depressão – Rumo à cura

- 1º - Precisamos de aceitar o facto;
- 2º - Precisamos de compreender que não deve haver nenhuma vergonha associada com a depressão;
- 3º - Reconhecer que não está sozinho;
- 4º - Procurar ajuda quando se aperceber que esta com sintomas de depressão.

12

Sintomas da depressão

A depressão diferencia-se das normais mudanças de humor pela gravidade e permanência dos sintomas.

Os sintomas mais comuns são:

- ✓ Sentimentos persistentes de tristeza, angústia ou de vazio;
- ✓ Perda de interesse ou prazer nas actividades, incluindo sexo;
- ✓ Sentimento de culpa, de incapacidade ou pessimismo;
- ✓ Irritabilidade ou perda de paciência;
- ✓ Cansaço, fadiga ou falta de energia;

13

- ✓ Dificuldade de concentração ou para lembrar de pequenos detalhes;
- ✓ Dificuldade de tomar decisões, insegurança;
- ✓ Insónia, sono fragmentado ou sono não restaurador;
- ✓ Sonolência diurna;
- ✓ Excesso ou redução do apetite;
- ✓ Pensamento sobre o suicídio;
- ✓ Dores persistentes que não melhoram com o tratamento (dores de cabeça, estômago, etc....)

Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV)

14

Quais os factores de risco?

- ✓ Pessoas com episódios de depressão no passado;
- ✓ Pessoas com história familiar de depressão;
- ✓ Pessoas do género feminino – a depressão é mais frequente nas mulheres, ao longo de toda a vida, mas em especial durante a adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós-menopausa;

15

- ✓ Pessoas que sofrem um qualquer tipo de perda significativa, mais habitualmente a perda de alguém próximo;
- ✓ Pessoas com doenças crónicas - sofrendo do coração, com hipertensão, com asma, com diabetes, com história de trombozes, com artroses e outras doenças reumáticas, SIDA, fibromialgia, cancro e outras doenças;
- ✓ Pessoas que coabitam com um familiar portador de doença grave e crónica (por exemplo, pessoas que cuidam de doentes com Alzheimer);

16

- ✓ Pessoas com tendência para ansiedade e pânico;
- ✓ Pessoas com profissões geradoras de *stress* ou em circunstâncias de vida que causem *stress*;
- ✓ Pessoas com dependência de substâncias químicas (drogas) e álcool;
- ✓ Pessoas idosas.

17

Como se trata a Depressão?

- ✓ **Uso de medicamentos – antidepressivos**
 - Não criam habituação nem alteram a personalidade da pessoa;
 - Nunca pare o tratamento sem comunicar as razões ao médico;
 - Estes medicamentos não têm efeito imediato: pode demorar algumas semanas, 4 a 6, até começar a sentir-se melhor;
 - O tratamento dura no mínimo quatro a seis meses.
- ✓ **Intervenções psicoterapêuticas;**
- ✓ **Conjugação de ambas.**

18

ANEXO VI

Panfleto alusivo à temática "Depressão"

Depressão



O que é?

É uma doença mental que se caracteriza por:

- ✓ Tristeza mais marcada ou prolongada;
- ✓ Perda de interesse por actividades;
- ✓ Habitualmente sentidas como agradáveis;
- ✓ Perda de energia ou cansaço fácil.

Como se diagnostica a depressão?

- ✓ A depressão é uma doença. Necessita de uma avaliação médica cuidadosa para o diagnóstico;
- ✓ O diagnóstico clínico é fácil e bastante preciso.
- ✓ Dirija-se sempre ao seu médico de família: estes médicos podem reconhecer a presença da doença, e caso considerem necessário, podem contactar com um médico psiquiatra para esclarecimento do diagnóstico e para orientação terapêutica

Diagnóstico precoce

- ✓ É muito importante;
- ✓ É benéfica para o doente;
- ✓ Tem um melhor prognóstico;
- ✓ Têm uma duração menor.

Sintomas da depressão

Os sintomas mais comuns são:

- ✓ Sentimentos persistentes de tristeza, angústia ou de vazio;
- ✓ Perda de interesse ou prazer nas actividades, incluindo sexo;
- ✓ Sentimento de culpa, de incapacidade ou pessimismo;
- ✓ Irritabilidade ou perda de paciência;
- ✓ Cansaço, fadiga ou falta de energia;
- ✓ Dificuldade de concentração ou para lembrar de pequenos detalhes;
- ✓ Dificuldade de tomar decisões, insegurança;
- ✓ Insónia, sono fragmentado ou sono não restaurador;
- ✓ Sonolência diurna;
- ✓ Excesso ou redução do apetite;
- ✓ Pensamento sobre o suicídio;
- ✓ Dores persistentes que não melhoram com o tratamento (dores de cabeça, estômago, etc. ...)

Quais os factores de risco?

- ✓ Pessoas com episódios de depressão no passado;
- ✓ Pessoas com história familiar de depressão;
- ✓ Pessoas do género feminino – a depressão é mais frequente nas mulheres (adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós – menopausa);
- ✓ Pessoas que sofrem um qualquer tipo de perda significativa (a perda de alguém próximo);
- ✓ Pessoas com doenças crónicas;
- ✓ Pessoas que coabitam com um familiar portador de doença grave e crónica;
- ✓ Pessoas com tendência para ansiedade e pânico;
- ✓ Pessoas com profissões geradoras de *stress* ou em circunstâncias de vida que causem *stress*;
- ✓ Pessoas com dependência de substâncias químicas (drogas) e álcool;
- ✓ Pessoas idosas.

ANEXO VII

Estudo de Caso



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ESTUDO DE CASO

Célia Augusta Gomes da Cunha

Porto, 28 de Novembro de 2009



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ESTUDO DE CASO

Aluno: Célia Augusta Gomes da Cunha

Orientadora: Prof. Emília Preciosa

Tutora: Enf.^a Diana Patrícia Ribeiro Freitas

Porto, 28 de Novembro de 2009

Índice

Introdução.....	3
1 – Perturbações de Humor - Breve reflexão.....	6
2 - Perturbações de Humor - Estudo de Caso.....	16
2.1 – Avaliação Inicial	16
2.2 – Terapêutica prescrita no internamento.....	23
2.3–Focos de atenção, vigilâncias associadas e resultados.....	25
2.4 – Plano de Cuidados.....	27
Conclusão.....	37
Bibliografia.....	39

Anexos

Anexo I - NOC, Equilíbrio de Humor, 08/10/2009

Anexo II - NOC, Equilíbrio de Humor, 29/10/2009

Anexo III - Escala de Ansiedade de Hamilton, 08/10/2009

Anexo IV - Escala de Ansiedade de Hamilton, 25/10/2009

Anexo V - Escala de Rosenberg, 15/10/2009

Introdução

Os doentes do foro psiquiátrico têm, muitas vezes, a sua saúde físico-emocional e capacidades cognitivas, alteradas, diminuídas, ou até mesmo ausentes, carecendo de uma atitude de observação rigorosa e sistemática por parte dos enfermeiros especialistas, acompanhada de disponibilidade, compreensão e acima de tudo discernimento para dignificar a pessoa e as suas diferenças.

Porém, o tratamento dos doentes mentais é marcado pela evolução farmacológica e das psicoterapias, ao mesmo tempo que se pressupõem intervenções cada vez mais responsáveis e profissionais por parte de quem acompanha estes utentes.

Neste âmbito, com o intuito de visar o desenvolvimento de conhecimentos de enfermagem, já desde Florence Nightingale que é utilizada a metodologia do Estudo de Caso. Contudo, embora com um carácter precário, esta enfermeira requeria dos seus alunos o registo dos casos mais interessantes que observassem para, *a posteriori* serem indagados e avaliados sobre o assunto.

Deste modo, a concretização de um estudo de caso possibilita a fundamentação teórica de determinada patologia, permite uma assistência individual e personalizada do doente e família, facilita a comunicação multidisciplinar, assim como a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, contribui para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem (Heidgerken, 1963, citada por Galdeano *et al.*, 2003).

Portanto, com a realização de um estudo de caso o enfermeiro observa, analisa e descreve a situação clínica de um doente, formalizando conhecimentos para o desenvolvimento pessoal e profissional ao mesmo tempo que aplica um plano de cuidados individualizado dinâmico ao doente em estudo. Através deste método recolhem-se informações, analisam-se dados, reflecte-se e avalia-se a evolução da situação do doente, Naumes (1999) citado por Galdeano *et al.* (2003). Consequentemente, segundo Martins (1992) citado por Galdeano *et al.* (2003), com o estudo de caso um estudante de enfermagem consegue adquirir maior competência na adequação da teoria à prática a par de um maior aprofundamento de conhecimentos. Pois, será precisamente este o intuito da realização deste trabalho.

Assim sendo, o presente estudo de caso baseia-se na apresentação de uma doente com perturbações de humor, doença bipolar tipo I. Esta patologia caracteriza-se pelo desenvolvimento de um humor anormal apresentado sob a forma de depressão, mania ou ambos ou sintomas de forma alternada, Fauman (2002). Pode tornar-se numa doença algo incapacitante uma vez que altera, muitas vezes, o funcionamento social e ocupacional do doente.

A elaboração deste documento tem como finalidades:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar do doente e família com perturbações do foro psiquiátrico;
- Identificar necessidades, capacidades e limitações do doente psiquiátrico;
- Planear cuidados de enfermagem com o doente;
- Elaborar e implementar um plano de cuidados segundo a linguagem da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).
- Aplicar modalidades psicoterapêuticas.

Para a elaboração do presente documento recorri à pesquisa bibliográfica, à informação obtida durante as aulas teóricas e respectivos apontamentos, orientação pedagógica, bem como à consulta do processo da doente e recolha de dados junto deste. Desta forma os resultados são apresentados de um modo descritivo baseado na componente teórica e prática. Destaco, a utilização da CIPE constituiu um importante meio para a concretização do Plano de Cuidados seguidamente apresentado.

Com o intuito de expor de forma mais compreensível o trabalho realizado, este será dissociado em quatro partes: a presente introdução, um primeiro capítulo em que consta um breve enquadramento teórico da patologia da utente, seguindo-se de um outro constituído pela apresentação de um estudo de caso, especificamente entrevista de avaliação inicial, terapêutica, focos de atenção, vigilâncias e resultados, plano de cuidados, terminando com a conclusão e a bibliografia.

De salientar que a selecção da utente (aqui denominada de D.AB), não foi obviamente aleatória, pois centrei-me numa patologia que necessitava dentro dos meus conhecimentos de aprofundamento teórico, bem como, no facto de ser uma utente que tem inerente a si um conjunto de problemas que suscitaram o meu interesse quer pela complexidade da sua vivência, quer pelo desafio da possível intervenção. A D.AB já se encontrava internada na data de início deste estágio sendo que os dados apresentados neste estudo de caso são referentes à sua história de vida, registos de internamentos anteriores e notas clínicas desde o início deste internamento para maior clareza na percepção dos conteúdos. Não obstante o plano de cuidado centra-se no período em que decorre o estágio.

1 – Perturbação do Humor - Breve reflexão

A Clínica

“Os transtornos de humor implicam perturbações incapacitantes nas emoções – da tristeza da depressão à euforia e irritabilidade da mania” Davison e Neale (2003, p. 231). Este capítulo focará, essencialmente a perturbação bipolar I. Como refere Palma (1997) esta é uma doença devastadora, traumatizante que provoca um sofrimento atroz ao próprio e à família, levando muitas vezes ao suicídio pelo desespero e angústia da clausura.

Segundo Ferreira (2004), Arataeus da Cappadocia, no século I a.C., foi quem primeiramente descreveu a melancolia e a mania como dois estados diferentes da mesma doença. Falret (1851) e Baillarger (1854) deram origem ao actual conceito de doença bipolar, não obstante, na altura, não despertou o interesse dos estudiosos pela sua complexidade. Só a partir dos anos 60 se tem assistido à evolução deste conceito.

O DSM – IV expõe critérios bem definidos para classificar as perturbações de humor: depressão major ou depressão unipolar (sintomatologia totalmente depressiva); doença bipolar I (episódios de depressão grave, mania ou mistos); doença bipolar II (episódios de depressão grave e hipomania); ciclotimia (episódios de humor deprimido e hipomania) e distímia (vivência deprimida continuada). O episódio maníaco constitui a referência primordial da perturbação Bipolar I. São extensos os critérios de diagnóstico que permitem a classificação destas patologias não sendo aqui abordados por extrapolarem os objectivos do trabalho.

O DSM – IV enuncia a perturbação bipolar I, caracterizando-a pelo desenvolvimento de um humor anormal apresentado sob a forma de depressão, mania ou ambos ou sintomas de forma alternada, Fauman (2002). Tem, portanto, um percurso clínico que engloba um ou mais episódios de mania e episódios depressivos major. Os episódios de mania têm uma durabilidade de pelo menos uma semana ou menos em caso de necessidade de hospitalização do doente. Para diagnóstico de um episódio misto impõe-se, pelo menos, uma semana de sintomatologia, em que ambos os estados de humor coexistem quase diariamente, Sadock e Sadock (2008). Pode tornar-se numa doença algo incapacitante uma vez que altera, muitas vezes, o funcionamento social e ocupacional do doente. A

depressão apresenta-se com um humor extremamente triste, melancólico, sem volição para actividades, sem prazer. Já a mania surge com um humor expansivo, eufórico ou irritável. Ambos são estados muito diferentes dos que o doente apresenta em fases de não depressão e não mania, respectivamente, Fauman (2002).

Com efeito, as variações de humor têm repercussões significativas nas sensações, nas emoções, nas ideias, nos comportamentos dos doentes, existindo um défice na autonomia da personalidade e na saúde, Palma (1997).

No entanto, a classificação das perturbações de humor não é tão linear nem redutora como a citada fase de depressão e de mania. Existem múltiplos diagnósticos para as perturbações de humor que se prendem, segundo Fauman (2002, p. 207)), com “a intensidade do humor anormal; pela sua duração; pelo défice que provoca, e pelos sintomas comportamentais, cognitivos ou físicos que o acompanham”. Forlenza (2007) refere que a primeira manifestação de depressão pode distar em cerca de quinze anos até ao aparecimento do episódio de mania e que os primeiros sintomas, normalmente, aparecem entre a segunda e a terceira décadas de vida.

Segundo Myers *et al.* (1984) citado por Davison e Neale (2003) as perturbações bipolares acontecem em cerca de 1% da população, ocorrendo com menor frequência que a depressão. Sadock e Sadock (2008) partilham do mesmo número percentual. Ferreira *et al.* (2004) acrescenta mais 4% a este valor.

A prevalência de aparecimento da doença é similar no sexo feminino e no masculino, situando-se na faixa etária dos vinte anos, sendo que os episódios maníacos registam-se com maior frequência em homens e os depressivos em mulheres. A mulher pode apresentar quatro ou mais episódios maníacos num ano, Sadock e Sadock (2008). Ainda em relação à prevalência, Sadock e Sadock (2008) apresentam dados que afirmam que a perturbação bipolar I é mais comum em pessoas solteiras e divorciadas do que em pessoas casadas; existe uma maior incidência da doença em pessoas de grupos socioeconómicos mais elevados e parece ser indiscriminada quanto à raça.

Forlenza (2007) refere 1-2 % de existência de perturbações bipolares acrescentando que apesar da prevalência ser baixa sobrecarrega os serviços de saúde e os doentes são estabilizados com dificuldade. Ferreira *et al.* (2004) apresentam dados de um estudo recente referindo-se a uma percentagem de 60% de comorbilidades em doentes bipolares. Sabe-se, ainda, que mesmo medicados com estabilizadores de humor, doentes

bipolares, podem ter recaídas de episódios de humor em cerca de 95%, Cordioli (2008). “As recaídas pioram a evolução da doença, aumentando a recorrência de novos episódios, diminuindo o intervalo entre os episódios e aumentando a deterioração do funcionamento psicossocial” Cordioli (2008, p. 643).

Porém, distingo mais aprofundadamente a depressão e a mania, por constituírem os dois pólos de humor da doença bipolar I:

✓ **A depressão** é um estado emocional e caracteriza-se por sentimentos de desvalorização, grande tristeza, irritabilidade, perda de apetite, de sono, de apetite sexual, diminuição ou ausência de contactos sociais, pouca ou nenhuma volição para actividades anteriormente apreciadas, descrita como reacção mental “que vai moendo e penetrando no cérebro, como um broca de dentista, é a tortura”, Palma (1997, p. 21).

A pessoa com depressão sente medo de enlouquecer, demonstra exaustão, não consegue trabalhar, tem dificuldade de concentração, perda de memória, perde a confiança, sente ansiedade, pânico, medo de estar só, cansaço crónico, ideação suicida, pode iniciar comportamentos aditivos com álcool ou outras substâncias. Contudo, a depressão está frequentemente associada a outros problemas psicológicos e tem consequentemente repercussões físicas. Logo, a pessoa que se encontra deprimida não tem capacidade de concentração, dificilmente assimila o que lê, vê ou ouve, não lhe apetece falar com ninguém. A capacidade comunicacional também se encontra alterada, muitas vezes, porque a pessoa usa um tom de voz baixo e lentificado. Os auto-cuidados podem estar grandemente negligenciados. Completamente desanimadas, estas pessoas, passam a maior parte do tempo com elevados níveis de ansiedade, apreensivos e sem encontrarem soluções para nada.

Algumas das depressões tendem a desaparecer com o tempo, no entanto um episódio sem tratamento pode prolongar-se por três a cinco meses, sendo o suicídio um risco nesses casos, Davison e Neale (2003). A depressão não tratada está associada a um aumento do risco de doenças físicas, Palma (1997). Se a depressão se torna crónica, a pessoa terá de conviver com períodos de crise e aceitar um nível funcional entre crises inferior ao período antecedente à depressão, Davison e Neale (2003). Existem estudos que demonstram a sazonalidade dos transtornos de humor, nomeadamente que a depressão surge no Inverno devido à diminuição do número de horas do dia, Schwartz *et al.* (1997) citado por Davison e Neale (2003).

✓ A **mania**, derivada da palavra francesa para “loucura”, Bear (2008) é um estado emocional ou de humor marcado pela alegria intensa, elevado, sem motivo aparente, acompanhado de euforia ou irritabilidade, hiperactividade, fuga de ideias, planos transcendentais, turbilhão de ideias difíceis de concretizar, etc. O discurso é rápido, logorreico, com rimas e difícil de interromper, há uma mudança repentina de temática do assunto, a criatividade e a auto-estima atingem níveis elevados, há diminuição da necessidade de horas de sono, comportamento sexual desinibido, perda marcada de noção da realidade, muitas vezes, com alterações do pensamento (delírios). Regularmente estes utentes têm dificuldades visíveis de controlar os seus impulsos sendo auto e heteroagressivos, apresentando frequentemente pouco insight sobre a sua doença e conseqüentemente vão transmitindo informações disfarçadas das suas vidas.

No entanto, tanto o episódio de depressão como o de mania pode apresenta-se sob a forma de imobilidade ou actividade excessivas. Estudos revelam um subdiagnóstico da doença bipolar, uma vez que a depressão causa maior sofrimento do que a mania e como tal os utentes procuram mais ajuda durante uma depressão. Porém, não pode ser inviabilizada a hipótese de que esses mesmos doentes não tenham uma doença bipolar, marcada por episódios antigos de mania, Sadock e Sadock (2008).

Sintetizando, o presente estudo de caso aborda uma utente com uma perturbação bipolar I recorrente, cujos critérios no DSM-IV subdividem-se classificando a perturbação em perturbação bipolar I episódio mais recente hipomaníaco, perturbação bipolar I episódio mais recente depressivo, perturbação bipolar I episódio mais recente misto, perturbação bipolar I episódio mais recente inespecífico. Estes episódios recorrentes têm cursos diferentes salientando-se os ciclos rápidos e a sua sazonalidade.

A utente em estudo tem um percurso de doença psiquiátrica de longa data, alternando períodos de depressão e mania. Segundo registos clínicos de internamentos anteriores as fases de mania terão sido as mais frequentes. Durante o internamento de agudos, aqui na Casa de Saúde do Bom Jesus, a utente foi manifestando um quadro de tristeza, lentificação psicomotora, delírio de prejuízo, ansiedade, labilidade emocional, humor depressivo, falta de comunicação, alterações do pensamento (delírio de prejuízo), etc. No entanto, em virtude de um agravamento do quadro clínico da utente sucedeu-se a proposta de internamento prolongado, na Unidade do Sagrado de Jesus. Este

agravamento ocorreu após a morte da sua mãe. Actualmente o pai está com uma neoplasia, tendo sido submetido a internamentos sucessivos.

Pressupostos etiológicos

A origem das perturbações de humor assenta em alterações biológicas, influenciadas por factores sociais ou ambientais, expressando-se psicologicamente, segundo Cordioli (2008). Assim, os tratamentos são também biológicos e psicológicos.

São várias as teorias explicativas das perturbações de humor. As teorias psicológicas da perturbação bipolar citam o stress quotidiano como factor desencadeante do transtorno. Eventos stressantes de vida precedem, frequentemente, o primeiro episódio da perturbação, mais evidente do que nos subsequentes, Sadock e Sadock (2008). Existe a referência à fase maníaca da perturbação como protectora, ou seja a fase de mania é assumida como uma defesa para o estado debilitado causado pela depressão, Davison e Neale (2003). Acentuado esta ideia, Sadock e Sadock (2008, p. 200) citam “ (...) os episódios de mania como uma defesa contra a depressão subjacente” e baseando-se em Klein descrevem a mania “como uma reacção defensiva contra a depressão, utilizando mecanismos de defesa como onnipotência, em que o indivíduo desenvolve delírios de grandeza” (p. 201).

As teorias Biológicas fazem referência a predisposições genéticas na transmissão de perturbações de humor, Forlenza (2008). A prova disso é que medicamentos que aumentam os níveis séricos de determinados neurotransmissores contribuem, de forma decisiva, para o tratamento da doença, Bunney, Goodwin e Murphy (1972) citados por Davinson e Neale (2003). Estudos debruçaram-se, essencialmente sobre a serotonina e norepinefrina, sendo que a última em baixo nível originaria episódios de depressão e em elevado nível mania. O humor pode estar intimamente ligado aos níveis de noradrenalina e serotonina atendendo a que esta afirmação representa a “hipótese monoaminérgica”, citada por Bear (2008, p. 674). Os estudos mais actuais afastam-se desta hipótese focando-se nas acções do lítio, mais propriamente na guanina, por actuar igualmente bem nos episódios de depressão e de mania. Pesquisas recentes centram-se nos receptores pós-sinápticos e não no volume de transmissores, Davison e Neale (2003).

Portanto, a doença vulgarmente chamada de maníaco-depressiva, apresenta-se como um distúrbio físico e metabólico do sistema nervoso. Pesquisas sobre funções cerebrais mostram alterações químicas e alterações no metabolismo do cérebro que, conjuntamente, originam modificações nos circuitos nervosos e atrasam ou aceleram a actividade nervosa. Constituem alterações em neuroimagem como hiperdensidades subcorticais e diminuição de volume cortical. Poderá mesmo dizer-se que doentes com perturbação bipolar I, fundamentalmente do sexo masculino, apresentam ventrículos cerebrais aumentados, Sadock e Sadock (2008).

Segundo Bear (2008, p. 674), “ (...) as disfunções do humor reflectem a função alterada de muitas partes do encéfalo ao mesmo tempo”, coexistindo sintomatologia que passam pelas perturbações do sono e do apetite até à perda da capacidade de concentração. São estas flutuações que promovem o desequilíbrio do corpo e da mente. Assim, segundo estudos citados por Sadock e Sadock (2008), coincidentes com os já referenciados, os factores biológicos com maiores alterações, em pessoas com perturbações do humor são a norepinefrina e serotonina. Anormalidades nos metabolitos das aminas surgem no sangue, urina, líquido cefalorraquidiano, das pessoas com perturbações de humor.

A regulação neuroendócrina é outro factor que pode estar relacionado com as perturbações de humor. Senão vejamos, o hipotálamo é o centro dos inputs neuronais que usam as aminas neurotransmissoras, que estando alteradas desregulam o funcionamento endócrino.

Existe uma correlação directa entre o repouso (sono) irregular e as perturbações de humor. Pesquisas consistentes revelaram descrições “anormais” de electroencefalogramas do sono nestes doentes. Também a alteração dos ritmos circadianos parece estar na origem destas perturbações, Sadock e Sadock (2008).

Os factores genéticos são muito complexos de se explicarem, no entanto estão bem estudadas as suas influências na manifestação das perturbações de humor. Existe uma forte componente genética nestes doentes, sublinhando-se o facto de que a componente genética exerce maior influência na transmissão da doença bipolar que noutra qualquer perturbação, Sadock e Sadock (2008).

Familiares directos (primeiro grau) de doentes com perturbação bipolar I têm maior probabilidade de apresentarem a mesma sintomatologia destes, quando comparados com grupos de controlo, segundo os mesmos autores. Estudos com gémeos e estudos de ligação também apoiam a ciêntificidade de uma taxa elevada de concordância no aparecimento de perturbações bipolares.

Os factores psicossociais prendem-se, como já foi referido, com eventos de vida e stress. Têm também uma base em factores da personalidade, ou seja, existem alguns tipos de personalidade que apresentam maior predisposição para as perturbações de humor, quando sujeitas a determinados episódios marcantes. Permanece uma referência, em Sadock e Sadock (2008), expondo que doentes com perturbação distímica ou ciclotímica apresentam maior risco de desenvolverem depressão ou doença bipolar I.

Tratamento

Tal como são várias as explicações teóricas para o aparecimento das perturbações bipolares, também as terapias para o seu tratamento/minimização de sintomatologia o são. O tratamento deve garantir a segurança do doente, deve contemplar uma avaliação diagnóstica total e não reduzir exclusivamente a sintomatologia do momento, mas contribuir eficazmente para a qualidade de vida futura do doente.

Contudo, a hospitalização torna-se necessária para se fazer um esclarecimento do diagnóstico, quando existe risco de suicídio ou homicídio ou quando o doente não consegue realizar actividades de vida diária.

Porém, não existe nenhum tratamento que cure a doença, no entanto há grandes possibilidades de a controlar tanto através de farmacoterapia, com estabilizadores de humor, que o efeito terapêutico contribui grandemente para a diminuição das recaídas das crises de depressão e de mania (como o carbonato de lítio, o valproato de sódio, a carbamazepina, lamotrigina, etc.), antipsicóticos e antidepressivos (tricíclicos, inibidores selectivos da recaptção da serotonina, inibidores selectivos da recaptção da noradrenalina e inibidores da monoaminoxidase); electroconvulsivoterapia; e psicoterapias (pode ser eficaz no tratamento da depressão tendo como objectivo ajudar o paciente a ultrapassar a visão negativa que tem a cerca de si e da vida), Bear (2008).

As psicoterapias acompanham, actualmente, quase todos os tratamentos de perturbações mentais e são uma referência na ajuda efectiva de pessoas com problemas emocionais, dificuldades de relacionamento interpessoal ou crises existenciais, Cordioli (2008). O mesmo autor cita a década de 1990 como marco no início da utilização de terapias psicossociais no tratamento das perturbações bipolares.

Segundo Davison e Neale (2008), as psicoterapias podem subdividir-se, em:

- ✓ Terapias psicodinâmicas, acreditam que a depressão surge de uma revolta da pessoa contra si própria e visa promover nesta um insight do conflito não resolvido, conseguindo frequentemente reverter os sentimentos negativos presentes. Primeiramente tenta “descobrir as motivações latentes da depressão do paciente” Davison e Neale (2003, p. 247) e depois trabalha esses aspectos ajudando o paciente a lidar com eles;
- ✓ Terapias cognitivas e comportamentais, baseando-se no princípio de Beck que afirma que o estado de tristeza e anedonia em que vive a pessoa tem a ver com a forma como esta pensa, têm como objectivo principal mudar o pensamento do paciente. O terapeuta frisa aspectos positivos reais do quotidiano do paciente em oposição ao seu discurso auto-destrutivo e ajuda-o a identificar pensamentos que contribuem para a depressão;
- ✓ O treino de aptidões sociais, visando a troca de experiências sociais como adjuvantes na diminuição de sentimentos negativos próprios da depressão;
- ✓ O tratamento psicológico do transtorno bipolar, ajuda o paciente a obter insight para a indispensabilidade de aderir à terapêutica medicamentosa, nomeadamente com lítio, uma vez que visa esclarecer paciente e família sobre a natureza da patologia e todas as suas implicações. Desta forma o paciente lida melhor com os seus eventos de vida conseguindo transições mais saudáveis, pois está desperto para o facto de ter uma doença crónica que implica muita atenção à alteração de comportamentos e muito auto-controlo.

Neste sentido, segundo Cordioli (2008), a prática de psicoterapias, ajuda os doentes a utilizarem a terapêutica medicamentosa de forma mais adequada, melhorando consequentemente, o curso da doença. São quatro os objectivos das psicoterapias no tratamento das perturbações de humor: “melhora na adesão à farmacoterapia; prevenção de recorrências dos episódios de humor; remissão de sintomas subsindrômicos entre os episódios bipolares e manejo de estressores psicossociais”, Cordioli (2008, p. 642).

Numa fase aguda da patologia as intervenções baseiam-se na sustentação da relação terapêutica e no incentivo ao cumprimento do regime terapêutico. Numa fase de eutimia insiste-se na utilização de terapias psicoeducativas e terapias cognitivo-comportamentais que enfatizam a explicação sobre a doença e o tratamento (factores precipitantes, sintomatologia eminente, importância da medicação, etc.). Numa fase

posterior, de manutenção, podem realizar-se intervenções de maior complexidade ligadas com a forma do doente lidar com a doença. De referir que os doentes têm baixa adesão à medicação por falta de conhecimentos sobre a doença, gravidade da doença, pouco suporte social dificuldade de aceitação da doença e efeitos colaterais indesejáveis, Lenzi *et al.* (1989) citado por Cordioli (2008). Assim, o modelo cognitivo visa ajudar o doente a moldar os stressores psicossociais, ou seja, pensamentos e crenças disfuncionais, mediados por pensamentos automáticos desadaptados, têm que ser reestruturados para condutas mais saudáveis e funcionais.

A terapia interpessoal, segundo o mesmo autor, consiste na regularidade de hábitos e do ciclo circadiano, uma vez que a sua manutenção é essencial para manter um humor adequado. Cordioli (2008, p. 651) diz que “sabe-se que o rompimento do ciclo regular de sono-vigília é tanto um precipitador quanto um sinal de novo episódio bipolar”.

Sadock e Sadock (2008) apresentam a terapia cognitiva, a interpessoal, a comportamental, a de orientação psicanalítica e a familiar como partes integrantes da terapia psicossocial. Para os mesmos autores, a terapia cognitiva visa aliviar episódios depressivos e prevenir a sua recidiva ajudando o doente a desenvolver forma positivas alternativas de pensar; a terapia interpessoal, desenvolvida por Klerman, trabalha activamente os problemas actuais do doente não referenciando conflitos internos; terapia comportamental acredita que comportamentos desadaptativos originam marginalização social e como tal focaliza esses comportamentos no tratamento para que o paciente os altere e seja integrado convenientemente na sociedade; a terapia de orientação psicanalítica pretende alterar a personalidade do doente e não apenas o alívio da sintomatologia; a terapia familiar ajuda a supervisionar o papel do doente na família e a manutenção da sintomatologia do doente por esta.

As terapias biológicas referem-se fundamentalmente às restantes, já supra citadas, à electroconvulsivoterapia e à terapia medicamentosa. A electroconvulsivoterapia surgiu na primeira metade do século XX, usada inicialmente no tratamento de esquizofrenias, passa depois a constituir, também, um tratamento para as depressões agudas e mania. Consiste na indução de actividade convulsiva nos lobos temporais através da passagem de corrente eléctrica pelo cérebro inibindo alguma actividade cerebral aberrante, Davison e Neale (2003). Uma das vantagens deste tratamento é que o alívio da sintomatologia pode ocorrer rapidamente, algumas vezes após a primeira sessão de tratamento. As desvantagens prendem-se, entre outras, pelo risco de perda de memória,

Bear (2008). Os mecanismos pelos quais a electroconvulsivoterapia é eficaz nestes tratamentos são ainda desconhecidos.

A terapia medicamentosa baseia-se fundamentalmente na administração de estabilizadores de humor, antidepressivos e antipsicóticos, que contribuem não só para eliminar o episódio maníaco e depressivo como para prevenir eventuais crises. A farmacoterapia tem um papel fulcral no tratamento das perturbações bipolares, não obstante, 95% dos doentes apresentam recaídas para episódios de humor, mesmo usando estabilizadores de humor, Cordioli (2008). Foi Jonh Cade, psiquiatra, que em 1940, estudou a urina dos pacientes com mania, e após várias experiências com animais descobriu que o lítio funcionava como calmante, Bear (2008). Apesar dos efeitos adversos do lítio este continua ser o tratamento-padrão na doença bipolar.

Em suma, os tratamentos das perturbações de humor englobam um conjunto de métodos que se têm revelado fulcrais quando utilizados concomitantemente. A psicoterapia, embora ainda pouco estudada no tratamento desta doença, tem algumas referências positivas como adjuvante da farmacoterapia. Scott, Colom e Vieta (2007) citados por Cordioli (2008, p. 658), realizaram um estudo revelando que “os resultados são promissores, pois demonstraram uma redução de 40% de recorrências nos pacientes com intervenção psicoterápica”.

2- Perturbações do Humor - Estudo de Caso

2.1 - Avaliação Inicial

Data de Admissão: 06/ 08/ 2008

A. História biopsicossocial

Nome: AB

Sexo: Feminino

Data de Nasc.: 08/ 08/ 1957

Estado Civil: solteira

Agregado familiar composto por: pai

Naturalidade: Portuguesa

Nacionalidade: Portuguesa

Profissão: reformada, ex - Professora do Ensino Básico (2º e 3º ciclo)

Situação profissional: reformada

Pessoa a contactar: Pai ou Irmão

B. Motivo principal de queixa: Descompensação de pessoa com Doença Bipolar Tipo I

C. História da doença actual (dados do processo clínico)

A D. AB é uma utente com perturbação Bipolar Tipo I, tendo tido o primeiro episódio depressivo por volta dos 17 anos de idade. Desde então teve vários internamentos psiquiátricos quer por episódios maníacos, quer por episódios depressivos. Segundo registos clínicos de internamentos anteriores as fases de mania terão sido as mais frequentes. A utente numa fase inicial foi internada na Casa de Saúde do Bom Jesus, nomeadamente na Unidade de S. João de Deus, por descompensação de Doença Bipolar Tipo I, manifestada por tristeza, lentificação psicomotora, delírio de prejuízo, ansiedade, labilidade emocional e humor depressivo. Durante o internamento com contacto difícil, pouco comunicativa, confusa, com discurso desorganizado e pouco coerente, com bradipsiquismo e alteração do pensamento (delírio de prejuízo), alternando períodos de

ansiedade e agitação com ataxia. Refere alterações do sono. No entanto, é-lhe proposto internamento prolongado, na Unidade do Sagrado Coração de Jesus, em virtude de um agravamento do seu quadro clínico (após a morte da sua mãe), o qual aceitou. Ao longo do internamento nesta Unidade inicialmente manteve-se ansiosa, com lentificação psicomotora, sem alterações do pensamento e humor deprimido. Alguns dias após manteve-se em fase de depressão, orientada auto e halopsiquicamente, discurso lentificado, labilidade emocional com choro fácil e insónia inicial, não tendo sido até ao momento detectada actividade alucinatória.

Diagnóstico: Doença Bipolar Tipo I, confirmada.

Reacção ao internamento: a doente adere ao regime terapêutico, cumprindo plano de cuidados e encontrando-se colaborante dentro das suas possibilidades.

D. História psiquiátrica

Episódio: crónico

Acompanhamento em consulta: seguida desde os 17 anos de idade, na consulta de Psiquiatria do Hospital Magalhães Lemos (HML).

Internamentos anteriores: vários, todos eles por descompensação de Doença Bipolar Tipo I.

Diagnóstico: Doença Bipolar Tipo I, confirmada.

Reacção aos internamentos: em todos os internamentos entrou em fase de mania e com reversão, poucos dias após, para fase de depressão.

Resposta à medicação: boa adesão ao regime terapêutico.

E. História clínica

Consultas em que foi seguido: consulta externa de Psiquiatria do Hospital Magalhães Lemos e acompanhamento pelo médico de família por patologia da Tiróide.

Motivo das consultas: Doença Bipolar Tipo I.

Internamentos anteriores: os referidos na história psiquiátrica

Alergias: desconhece

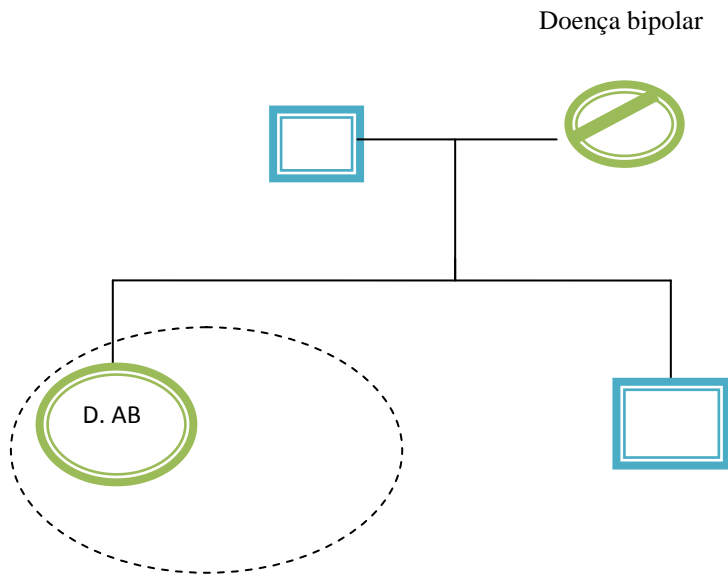
Próteses, dispositivos de auxílio: não

Transtornos neurológicos: não conhecidos

F. História familiar

História de doença psiquiátrica: a doente refere que a mãe (já falecida) detinha Perturbação Bipolar.

Genograma:



Legenda:



Homem



Mulher



Falecida

----- Agregado familiar

G. História do desenvolvimento

História da infância: (informações verbalizadas pela doente) considera ter tido uma infância feliz até ao nascimento do irmão, altura em que desenvolveu um quadro de ciúmes e sentiu maior aproximação da mãe com o irmão do que consigo. Relata episódios de violência física por parte da mãe e uma excelente relação com o seu pai. Frequentou a escola primária sem dificuldades de aprendizagem, sendo boa aluna, extrovertida e irrequieta.

História da adolescência e juventude: (informações verbalizadas pela doente) lembra-se da adolescência como período normal, com as suas características peculiares mas sem comportamentos desviantes, sempre com maior proximidade do pai do que da mãe. O início da sua juventude foi marcado por muita inquietude e quadro de depressão, com internamento num Hospital Psiquiátrico aos 17anos de idade. Nessa altura iniciou psicofarmacologia com antidepressivos, realizou terapia de grupo e psicanálise. Manteve um curso de vida marcado por tristeza, fadiga, anedonia, irritabilidade, sem ideação suicida, retraimento de amigos e família, labilidade emocional e insónias.

História Adulta: (informações verbalizadas pela doente) O seu percurso foi marcado por interrupções constantes no emprego. No Hospital Magalhães Lemos (HML) iniciou o seu acompanhamento psiquiátrico na sequência de alterações graves do comportamento, em contexto de descompensação maniforme, com sintomatologia psicótica, ideação delirante com exaltação de estado de ânimo. A sua evolução tem sido marcada por episódios de descompensação de Doença Bipolar Tipo I, oscilando entre períodos de mania e de depressão, concordantes com o diagnóstico. Durante os períodos de mania, conforme registos, demonstra diminuição da necessidade de dormir, gastos excessivos, desinibição, irritabilidade, excesso de energia, ideias delirantes de teor místico e persecutório, com comportamento desadequado e heteroagressividade verbal e física. Durante os períodos de depressão apresenta apatia, insónia, labilidade emocional com choro fácil.

Ao longo dos diversos internamentos apresentou remissão da sintomatologia, com alterações efectuadas nos psicofármacos administrados. Pela evolução favorável do seu estado com consciência crítica para as suas alterações psicopatológicas, passou a ser acompanhada em ambulatório, medicada com estabilizador de humor. Cumpriu a

presença em consultas de vigilância e o regime terapêutico prescrito. Desde então a sua patologia evoluiu com períodos de remissão total ou quase total de episódios de mania com sintomas psicóticos e episódios depressivos com e sem sintomas psicóticos.

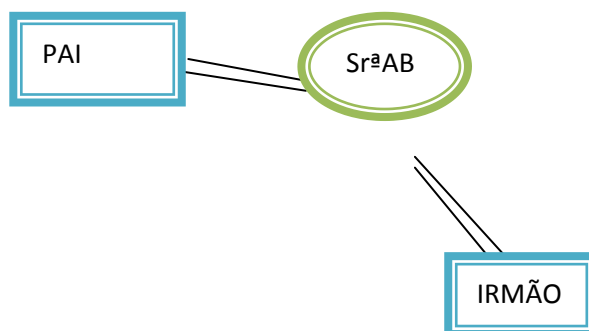
No entanto, também lhe foi proposta a realização de actividades ocupacionais, as quais não conseguiu cumprir por dificuldade na execução de tarefas, falta de concentração e dificuldade de interacção social com aumento dos níveis de ansiedade. Como consequência do seu estado de saúde apresenta funcionamento psicossocial globalmente diminuído, escassos contactos sociais, tendência ao isolamento e diminuição da auto-estima.

Porém, desde 2007 que manteve, segundo dados da consulta, estabilização do estado clínico com humor eutímico, sem actividade delirante e com comportamento ajustado. Contudo, em Julho/Agosto de 2008 surge quadro de exacerbação da sintomatologia psiquiátrica de Doença Bipolar, tendo como consequência o presente internamento, descrito em história actual da doença e plano de cuidados.

H. História social

Ecomapa

Legenda:



I. História ocupacional e educacional

Nível de funcionamento escolar: nível bom.

Nível de funcionamento no trabalho: bom até se reformar por incapacidade psiquiátrica.

J. Exame físico

T.A.: 100/50 mmHg

Pulso: 70 bat./min

Temp.: 36,6°C

Peso: 70 Kg

Altura: 1,57 m

Cabeça / Tronco / Membros: simétricos, sem deformidades, sem cicatrizes, sem próteses.

Visão: Normal

Audição: Boa

L. Hábitos de vida

Auto-cuidado, higiene: independente

Auto-cuidado, vestuário: independente

Auto-cuidado, arranjar-se: independente

Auto-cuidado, comer e beber: independente

Auto-cuidado, actividade recreativa: pouco participativa mesmo quando solicitada.

Auto-cuidado, actividade física: a doente encontra-se lentificada, sem vontade de deambular, permanece a maior parte do tempo em repouso no cadeirão.

Auto-cuidado, sono/repouso: apresenta insónia inicial, mas não diariamente.

Estado Nutricional: Bom Estado nutricional.

Pele e mucosas: coradas, hidratadas, sem edemas, integras.

Horas de sono: 8 h. Repouso durante o dia: sim. Recurso a medicação: sim.

Insónias: inicial.

Eliminação intestinal: refere obstipação.

Eliminação urinária: refere padrão normal.

Uso de substâncias: não

M. Exame psicológico

Interacção social

Relação (Contacto): difícil

Comunicação expressiva: circunstanciada

Memória

Amnésia: Lacunar

Estado de Consciência: Vigil.

Comportamento: lentificado, com períodos de impulsividade.

Humor: Depressivo.

Orientação:

Autopsíquica: sim.

Alopsíquica: sim.

Afectividade: Labilidade emocional e frieza afectiva

Pensamento:

Quanto à forma: fuga de ideias, bloqueio.

Quanto ao conteúdo: sem alterações.

Fobias: Não.

Percepção: Sem alucinações.

Ansiedade: sim, muito elevada.

Auto-estima:

Verbalização de auto-aceitação: não

Manutenção de uma postura erecta: sim

Manutenção do contacto olho-no-olho: com dificuldade.

Desejo de confrontar os outros: não.

Descrição de sucesso nos grupos sociais: não

Descrição de orgulho de si mesmo: não.

Sentimentos de autovalorização: não

Aceitação do estado de Saúde: A doente refere “acomodo-me ao meu estado de saúde” (sic). Identifica alguma sintomatologia, apresentando algum juízo crítico para o seu estado de saúde.

Adesão ao Regime Terapêutico: sim, no hospital.

Medicação em casa: toma a medicação de forma regular.

2.2 - Terapêutica prescrita no internamento

Será aqui apresentada uma referência à terapêutica instituída no internamento. A descrição do princípio activo e as vigilâncias associadas à sua administração foram resumidas, limitando-se à doença em questão no presente estudo de caso. Ou seja, são só citados os efeitos terapêuticos e vigilâncias associados à perturbação de humor.

<u>Terapêutica</u>	<u>Posologia</u>
Lítio (400mg + 400mg), oral	9h e 19h
Lorazepam (2,5mg + 2,5mg + 2,5mg), oral	9h, 13h e 19h
Quetiapina (300 mg+ 300 mg+ 300mg), oral	9h, 13h, 19h
Zolpidem (10mg), oral	SOS

Lítio: antimaníaco, indicado para perturbações afectivas bipolares prevenindo a incidências de episódios maníacos agudos.

- *Vigilâncias associadas:* vigiar humor e comportamento; monitorizar ingestão de líquidos; vigiar função renal e da tiróide; vigiar sintomas de toxicidade por lítio (vómitos, diarreia, discurso arrastado, fraqueza muscular, tiques, etc.).

Lorazepam: sedativo/hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante. Indicado como adjuvante no tratamento da ansiedade. Provoca sedação.

- *Vigilâncias associadas:* vigiar o grau de ansiedade, vigiar risco de queda; vigiar tensão arterial.

Quetiapina: antipsicótico, indicado para tratamento da mania bipolar. Diminui a manifestação das psicoses e da mania aguda.

- *Vigilâncias associadas:* vigiar sinais e sintomas de síndrome maligno dos neurolépticos; vigiar sinais de discinésia tardia; vigiar efeitos extrapiramidais; vigiar humor; vigiar comportamento; vigiar pensamento e percepção; vigiar tensão arterial.

Zolpidem: sedativo/hipnótico. Sedação e indução do sono.

- *Vigilâncias associadas:* sono repousante, astenia, náuseas, cefaleias, choro, vômitos, sonolência diurna ou tonturas.

2.3- Focos de atenção, vigilâncias associadas e resultados

➤ Foco de atenção: Insónia

Vigilâncias Associadas:

- Vigiar sono;
- Monitorizar horas de sono;
- Vigiar padrão de sono;
- Vigiar presença de insónia.

Resultados: Ao longo deste período de estágio (06 de Outubro a 28 de Novembro) a utente tem conseguido um repouso adequado durante a noite, com auxílio de medicação.

➤ Foco de atenção: Humor

Vigilâncias Associadas:

- Vigiar humor;
- Vigiar sinais e sintomas de alterações de humor.

Resultados: Apresenta humor eutímico até ao momento

➤ Foco de atenção: Pensamento

Vigilâncias Associadas:

- Vigiar possíveis alterações do pensamento;
- Vigiar actividade delirante

Resultados: Até ao momento não foi percepcionada actividade delirante.

➤ Foco de atenção: Percepção

Vigilâncias Associadas:

- Identificar possíveis alterações da percepção;
- Vigiar a existência de alucinações.

Resultados: Não foram percepcionadas alucinações, até ao momento

➤ Foco de atenção: Ansiedade

Vigilâncias Associadas:

- Vigiar ansiedade

Resultados: Diminuição de ansiedade que acompanha a melhoria do estado clínico

➤ Foco de atenção: Interação social

Vigilâncias Associadas:

- Supervisionar interação social

Resultados: Participou em actividades de grupo, quando solicitada.

- Foco de atenção: Processo familiar

Vigilâncias Associadas:

- Avaliar os padrões de relacionamento entre os membros da família e o doente

Resultados: Utente tem boa relação com o pai e irmão.

- Foco de atenção: Obstipação

Vigilâncias Associadas:

- Vigiar eliminação intestinal

Resultados: Com recurso a medicação, aumento da ingestão de líquidos e deambulação houve estabelecimento de padrão de eliminação normal.

2.4 - Plano de cuidados

- **Foco de atenção:** insónia

Actividades de vigilância:

- Vigiar os períodos de sono e repouso da utente;
- Questionar acerca de hábitos de sono da utente.

Dados relevantes: utente refere que há noites em que tem dificuldade em dormir, e durante o dia sente-se bastante sonolenta e cansada. É observada inquietação nocturna com insónia inicial.

Diagnóstico de enfermagem:

- Insónia inicial presente, com início a 08/10/09 e termo a 17/10/09.

Objectivos: Aumentar a duração e eficácia dos períodos de sono e repouso da utente.

Intervenções:

- Planear horário de sono e repouso;
- Gerir ambiente (durante o repouso da tarde):
 - Providenciar ambiente tranquilo;
 - Reduzir ruídos;
 - Encorajar posicionamentos confortáveis;
 - Evitar interrupção do sono;
- Gerir medicação em SOS (zolpidem);
- Educar hábitos de sono/repouso (manter um horário regular para dormir, evitar ingestão alimentar excessiva à noite, etc.);
- Informar sobre estratégias facilitadoras de sono (ler, caminhar, ver televisão, etc.);
- Instruir sobre técnicas de relaxamento (ler, tomar um banho relaxante, beber leite quente).

Resultados obtidos: com início a 08/10/09, a utente apresentava insónia inicial e inquietação nocturna. Foram sucessivas as noites marcadas pela insónia. A 13/10/09 a doente consegue dormir grande parte da noite. Dorme melhor com a ajuda da medicação em SOS e com a ausência de estímulos externos. Com as intervenções supra citadas, em 17/10/09 a doente dorme a noite completa e apresenta menor sonolência diurna. Refere sentir-se menos cansada.

➤ **Foco de atenção:** humor

Actividades de vigilância:

- Vigiar humor;
- Vigiar sinais e sintomas de alterações de humor

Dados relevantes: a doente apresenta labilidade emocional, nomeadamente quando se refere ao pai, comunicação não verbal compatível com tristeza, pouco contacto ocular, sem discurso espontâneo, diminuição da capacidade de concentração e do interesse por actividades. Algo distante.

Diagnóstico de enfermagem:

- Humor inadequado (depressivo, raramente apresenta equilíbrio de humor) em grau elevado, com início a 08/10/09 e termo a 29/10/09, segundo Indicador NOC para equilíbrio de humor (anexo I).
- Humor adequado (eutímico, demonstra equilíbrio de humor) a 29/10/09, segundo Indicador NOC para equilíbrio de humor (anexo II).

Objectivos: promover humor adequado

Intervenções

- Gerir comunicação:
 - Falar calma e pausadamente;
 - Utilizar postura de serenidade;
 - Gerir silêncio;
 - Evitar barreiras de comunicação.
- Disponibilizar presença:
 - Usar silêncio, quando apropriado;
 - Estabelecer relação terapêutica;
 - Demonstrar uma atitude de aceitação;
 - Ouvir as preocupações da utente.
- Oferecer escuta activa:
 - Permitir a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos;
 - Valorizar emoções;
 - Clarificar o sentimento de alguns comportamentos;
 - Identificar os temas predominantes;
 - Ajudar a pessoa a identificar situações geradoras de ansiedade.
- Promover suporte emocional:
 - Permanecer com o doente e proporcionar sentimentos de segurança;
 - Discutir as experiências emocionais;
 - Encorajar a expressão de sentimentos;
 - Ajudar a identificar motivos de tristeza.
- Aplicar indicador NOC para equilíbrio de humor, sempre que necessário;
- Gerir ambiente;

- Motivar para a participação em actividades de distração;
- Promover humor adequado:
 - Reflectir com o doente sobre o seu estado de humor;
 - Auxiliar na reflexão sobre a importância do humor como agente de interacção;
 - Reflectir sobre humor adequado;
 - Incentivar a participação em actividades de grupo.
- Supervisionar humor.

Resultados obtidos: a doente apresenta humor depressivo, raramente demonstra equilíbrio de humor, que vai passando de um grau elevado a moderado no decorrer do internamento, são alterações significativas, mas não satisfatórias para a utente. A partir do dia 29/10/09 a doente apresentou humor adequado, conseguindo uma melhor interacção grupal, ainda que deficitária, e uma comunicação mais eficiente.

➤ **Foco de atenção:** pensamento

Actividades de vigilância:

- Vigiar possíveis alterações do pensamento;
- Vigiar actividade delirante

Dados relevantes: A utente apresenta delírio de teor paranóide dirigido ao irmão.

Diagnóstico de enfermagem:

- Pensamento alterado (delírio de teor paranóide) em grau moderado, com início a 13/10/09 e termo a 16/10/09.
- Pensamento adequado (delírio ausente) a 16/10/09.

Objectivos: - promover pensamento adequado, diminuindo a expressão de delírios;
- Orientar para a realidade.

Intervenções

- Gerir comunicação;
- Efectuar o registo do tipo de delírio, frequência, tema;
- Disponibilizar presença;
- Oferecer escuta activa;
- Minimizar o delírio:
 - Demonstrar calma e tranquilidade;
 - Reduzir factores externos que incentivem o delírio;
 - Não usar delírio do doente para tentar mudar o seu comportamento;
 - Evitar estimulação da imaginação.
- Supervisionar pensamento

Resultados obtidos: a utente diminui a intensidade e a frequência do delírio num curto espaço de tempo, não tendo sido desde então detectada actividade heteróloga, mantendo-se o bradipsiquismo, discurso circunstanciado e bloqueios no pensamento. Tem juízo crítico para os seus delírios, referindo mesmo, por vezes, que “não sei explicar onde vou buscar tanta confusão” (sic). Assim, partir do dia 16/10/09 não se voltou a manifestar activamente alteração do pensamento (delírio), não obstante, a sua postura defensiva parece transparecer actividade delirante. No dia 23/10/09 apresenta juízo crítico para as suas alterações do pensamento, fala da melhora significativa do seu estado bem como da ausência de delírios de qualquer tipo. Esta informação é comprovada com o discurso da utente perante a equipa e com o grupo, por observação.

➤ **Foco de atenção:** ansiedade

Actividades de vigilância:

- Identificar sinais de ansiedade na utente;
- Aplicar escala de avaliação da ansiedade de Hamilton

Dados relevantes: a utente refere sentir-se ansiosa devido à amnésia para este surto da doença e pelas relações familiares. Apresenta trémulos marcados bem como períodos de respostas impulsivas. Aplicada escala de da ansiedade de Hamilton.

Diagnóstico de enfermagem:

- Ansiedade presente, em grau elevado (segundo escala de ansiedade de Hamilton (anexo III), com início a 08/10/09 e termo a 25/10/09.
- Ansiedade presente em grau reduzido (na mesma escala, anexo IV), com início a 25/10/09 até 17/11/09.

Objectivos: Reduzir estado de ansiedade da utente

Intervenções:

- Executar entrevista;
- Disponibilizar presença;
- Oferecer escuta activa;
- Vigiar acção da doente;
- Encorajar expressão de sentimentos e emoções;
- Executar técnica de relaxamento progressivo;
- Executar técnica de imaginação guiada;
- Executar massagem terapêutica;
- Promover a participação em actividades de distração;
- Informar sobre o processo/tratamento da doença;
- Aplicar escala de avaliação de ansiedade de Hamilton quando a situação clínica o justifique.

Resultados obtidos: foi aplicada a escala de ansiedade de Hamilton, obtendo-se um score de 21 pontos, no dia 08/10/09 e repetiu-se a intervenção a 25/10/09 com um score de 6 pontos. Doente mantém ansiedade em grau reduzido, não interferindo nas actividades de vida diária. Só a partir de 25/10/09 a doente teve condições físicas e mentais para execução de técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação dirigida. A utente participou nos dois tipos de relaxamento proposto, no dia 13/11/09 referindo no final sentir-se relaxada, embora tenha proferido um comentário desadequado no final da técnica de relaxamento por imaginação dirigida. Pois, diz ter visto um “gato” na praia (significado inicial associado a um homem) alterando o discurso para a inexistência de capacidade de nado do gato (como animal). No entanto, verbalizou efeitos positivos da actividade e manifestou volição para a repetir. Porém, a

utente pediu para lhe ser dado, diariamente, “ um feedback geral do estado de saúde” (sic) no sentido de entender melhor a sua situação e reduzir a ansiedade. No entanto, em entrevista com a utente foi identificada ansiedade reduzida, relacionada com as relações familiares, nomeadamente com o estado de saúde do seu pai. Perante a referida entrevista foi também identificado o diagnóstico auto-estima diminuído em grau elevado. Contudo, a utente mantém ao longo do internamento inquietação, trémulos, deambulação repentina e períodos de impulsividade, sempre por curtos e espaçados períodos.

➤ **Foco de atenção:** interacção social

Actividades de vigilância:

- Observar relação da utente;
- Supervisionar interacção social;
- Questionar acerca das relações da utente fora do hospital.

Dados relevantes: a utente não apresenta volição para o relacionamento social, pois manifesta disponibilidade de comunicação exclusivamente quando solicitada.

Diagnóstico de enfermagem:

- Interacção social diminuída em grau elevado, com início a 08/10/09 e com termo a 10/11/09.
- Interacção social diminuída em grau moderado, com início a 10/11/09 até 17/11/09.

Objectivos: Proporcionar ajuda para que a utente consiga estabelecer e manter relações com outras pessoas, de forma estável, ao longo do tempo.

Intervenções:

- Promover a relação interpessoal:
 - Ajudar na identificação de situações que causem dificuldade no seu relacionamento com os outros;
 - Incentivar o utente a desenvolver inter-relações;

- Acompanhar a pessoa nos primeiros contactos, diminuindo a ansiedade e fornecendo confiança;
- Incentivar à participação progressiva em actividades de grupo;
- Executar terapias de grupo (imaginação dirigida, relaxamento progressivo, “espaço do doente”);
- Encorajar a expressão de sentimentos;
- Supervisionar interacção social.

Resultados obtidos: inicialmente a utente apresentou dificuldades no que diz respeito à sua integração no grupo. Pois, dificilmente se dirige a alguma pessoa, manifestando um contacto distante, olhar vago, pouco comunicativa e discurso circunstanciado quando abordada. Acompanhando a melhoria do seu estado clínico, a 10/11/09, quando interpelada pelas outras doentes responde. No entanto, continua a participar em actividades grupais por curtos períodos de tempo e quando incentivada refere ser uma pessoa que não gosta de “muitos relacionamentos” (sic). Com efeito, durante uma das várias actividades desenvolvidas com a terapeuta ocupacional, a utente fez um desenho aludindo “estar numa cadeia e querer sair para brincar”, tendo apenas dado explicação individual sem exposição ao grupo. Nas restantes actividades de grupo diz ter aderido por “não ter que comunicar muito” (sic).

➤ **Foco de atenção:** obstipação

Actividades de vigilância:

- Vigiar eliminação intestinal

Dados relevantes: a utente refere obstipação

Diagnóstico de enfermagem:

- Risco de obstipação, com início a 10/10/09 e termo a 22/10/09
- Obstipação, com início a 16/10/09, com termo a 18/10/09

Objectivos: Prevenir obstipação

Intervenções:

- Incentivar deambulação;
- Reforçar a importância da hidratação oral abundante;
- Instruir sobre alimentação;
- Inspeccionar abdómen;
- Gerir medicação em SOS.

Resultados obtidos: utente identifica sinais e sintomas de obstipação. Verbaliza reconhecimento de ensinamentos sobre técnicas de promoção da regulação intestinal.

➤ **Foco de atenção:** auto-estima

Actividades de vigilância:

- Vigiar auto-estima da doente (forma como se expressa, relação interpessoal).
- Aplicar escala de auto-estima de Rosenberg.

Dados relevantes: verbalização de descontentamento em relação a si própria, dependência económica do pai.

Diagnóstico de enfermagem: auto-estima diminuída em grau elevado com início a 15/10/09, aplicada escala de auto-estima de Rosenberg (anexoV).

Objectivos: Proporcionar apoio para que a utente ultrapasse as suas dificuldades pessoais, fomentando a criação de uma relação saudável e positiva, com confiança em si própria, auto-aceitação e visão do seu mérito e capacidades.

Intervenções:

- Disponibilizar presença;
- Oferecer escuta activa;
- Demonstrar aceitação, empatia e compreensão pelas experiências da pessoa;
- Encorajar a expressão verbal de sentimentos;
- Promover auto-estima:

- Ajudar na identificação de capacidades e reforça-las positivamente;
- Discutir tendências autodepreciativas;
- Ajudar a estabelecer metas;
- Encorajar a apreciação positiva acerca do seu comportamento.
- Aplicar Escala de Rosenberg, quando a situação clínica o justifique.

Resultados obtidos: a utente apresenta auto-estima diminuída em grau elevado. Apesar das intervenções efectuadas, poucos foram os resultados obtidos, uma vez que o score da escala de Rosenberg se manteve estável. Acrescento, ainda que, o tempo se revelou demasiado curto para se obterem os resultados esperados, ao mesmo tempo que os seus sentimentos de baixa de auto-estima se prendem, fundamentalmente, com o facto de não poder estar diariamente com a família, sobretudo com o pai. Não obstante foram efectuadas intervenções promotoras de um suporte futuro na construção de uma auto-estima mais adequada.

Conclusão

A abrangente amplitude de um estudo de caso é facilitadora da abordagem de uma grande variedade de situações/problemas que fomentam o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem. A sua concretização proporcionou-me a aquisição de conhecimentos e envolvimento científico, enquanto aluna da especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, com certeza muito pertinentes.

Cuidadosamente analisei os problemas físicos, mentais e sociais da utente em estudo, o que favoreceu o meu crescimento profissional e pessoal. Porém, nem sempre a utente mostrou disponibilidade emocional para a implementação das actividades de enfermagem, mas a junção dos vários períodos em que se apresentou colaborante permitiu a concretização adequada deste estudo de caso. Saliento, o facto de não ter procedido ao término das intervenções, uma vez que a utente se mantém internada.

Foi para mim uma experiência positiva poder observar as melhoras significativas da utente estudada. Iniciar um estágio com uma utente com actividade delirante marcada, com uma depressão profunda, sem volição, lentificado a “arrastar-se” pelo corredor e assistir ao progresso da sua saúde de forma tão próxima marcou este percurso de estágio com distinção. A poucos dias do estágio terminar, a D. AB, conseguiu demonstrar-se uma pessoa nunca antes observada por mim, com um discurso espontâneo, revelando muitas das suas preocupações e sentimentos e aceitação do seu estado de saúde. É gratificante avaliar a evolução de uma utente e sentir que o esforço da equipa lhe proporcionou o equilíbrio necessário. No entanto, ainda mais gratificante se torna quando este esforço conjunto é reconhecido pela própria utente “obrigada por toda a sua atenção” (sic).

Penso ter atingido os objectivos propostos para a concretização do estudo de caso, com prós e contras necessários ao crescimento pessoal e profissional. Desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais permanecendo o máximo de tempo possível em interacção com as utentes. Tive oportunidade de aplicar o processo de enfermagem ao longo de todo o estágio, nomeadamente planear cuidados com a utente em estudo, quando o seu humor permitia, e avaliar a evolução das intervenções

planeadas no contacto directo com esta. Tudo isto se concretizou na apresentação deste trabalho através da exposição de um plano de cuidados, segundo a CIPE.

Resta – me acrescentar que relatar uma vida ou, pelo menos, tentar passar para o papel partes significativas da mesma, ao mesmo tempo que se implementam cuidados especializados proporcionou-me muitos momentos de reflexão que, agora aqui expostos, espero que sirvam de incentivo à procura de disponibilidade e identificação dos pequenos nada's que podem significar tudo na vida de um doente psiquiátrico. Agradeço à D. AB as diferentes visões de vida que me proporcionou.

Bibliografia

ABREU, Wilson Correia de – Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. Coimbra: Formasau, 2008.

ALARCÃO, M. – *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2000

ALMEIDA, Osvaldo Pereira et al - *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Roogan, 1996.

ANDOLFI, Maurizio – *A linguagem do encontro terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BATEMAN, Anthony; BROWN, Dennis; PEDDER, Jonathan – *Princípios e Práticas das Psicoterapias*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

BEAR, Mark F. – *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRITO, Luísa – *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

BROWN, Denise W. – *Massagem Terapêutica, Introdução Prática*. São Paulo: Manole, 2001.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006.

CASSAR, Mario-Paul – *Manual de Massagem terapêutica, um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta*. São Paulo: Manole, 2001.

CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Versão Beta 2. Associação Portuguesa de Enfermeiros: 2002

CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias, abordagens actuais*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, António Fernandes Gomes – *Guia para elaboração de monografias, Relatórios de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2003.

DAVISON, Gerald C.; NEALE, Jonh M. – *Psicologia do Comportamento Especial*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – The World Health Report. OMS, 2002.

DOCHTERMAN, Joanne M.; BULECHEK, Glória M. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.
educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

ESPINOSA, Ana Fernández – *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998.

FAUMAN, Michael A. – *Guia de Estudo para o DSM- IV TR*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

FERNANDES, António José – *Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos*. Porto: Porto Editora, 1993.

FORLENZA, Orestes V. – *Psiquiatria Geriátrica, do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 2007.

GABBARD, Glen O.; BECK, Judith S.; HOLMES, Jeremy – *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GAMEIRO, J. – *Voando sobre a Psiquiatria. Análise epistemológica da Psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento, 1992.

GARCIA, Julio Bobes – *Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Editorial Síntesis.

GATTÁS, M. Lúcia – in *Enfermagem Psiquiátrica, da enfermagem psiquiátrica à saúde mental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue – *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ª Edição. São Paulo: Artmed Editora, 2000.

LAGE, M. Otília P. – *Como organizar? Currículos, projectos, teses, trabalhos, relatórios, bibliografias*. Porto: IPP, 1996.

LOFF, Ana Margarida Tortadés – *Guia prático para a elaboração de currículos e relatórios críticos de actividades*. 2ª Edição. Coimbra: Formasau, 2003.

MANZOLLI, Mª Cecília – *Enfermagem Psiquiátrica, da enfermagem psiquiátrica à saúde mental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MATEOS, R.; PEREIRA, M. G. – *A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores*. In FIRMINO, H [et al] (eds.) – *Psicogeriatria*. Editora Psiquiatria Clínica, Cap. 36, 2006

MAXIMIANO, Janete – *Psicomotricidade e relaxação em Psiquiatria*. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca Lisboa Psilogs*. p. 85-95

MELEIS, A. - *Theoretical Nursing: development & progress*. 4ª Edição. Philadelphia: J.B. Lippincott, 2007.

MENESES, Rute F. - *Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadoras da acção. “Análise psicológica”*. Lisboa. Vol. 18, n.º 4 (Out. – Dez. 2000), p. 523-528

MONIZ, José Manuel Nunes - *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência, 2003.

MOREIRA, Marta – Assistência de Enfermagem ao doente crónico. “*Nascer e crescer*”. Porto. Vol. 9, n.º 4 (Out. – Dez. 2000), p. 261-262

NEEB, Kathy - Fundamentos de enfermagem de saúde mental. Loures: Lusociência, 2000.

NUNES, Lucília - *Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Relatório Mundial de Saúde 2001, Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. 1ª Edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001.

OSUNA, António Frías – *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, 2000.

PAIVA, A. - “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, p. 11-20.

PALMA, Carlos – *Pânico, Depressão, Agorafobia, Doença Bipolar*. 1ª Edição. Lisboa: Hugin Editores, 1997

PAYNE, Rosemary A. – *Técnicas de Relaxamento, um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência, 2003.

PHANEUF, Margot – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

PICHOT, P., FERNANDES, Barahona - *Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*. Paris: Editions Roger, 1984.

RELVAS, A. P. – *O ciclo vital da família – perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, 1996.

RIBEIRO, Paulo R. M. – *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de actuação*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1996.

ROCHON, Alain – *Educacion para la salud, guia práctica para realizar um proyecto*. Barcelona: Masson, 1991.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia A. – *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

SEQUEIRA, Carlos – *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.

TRIBASTONE, Francesco – *Tratado de exercícios correctivos aplicados à reeducação motora corporal*. 1ª Edição. Barueri: Manole, 2001.

VIDAL-HALL, Judith – *Elaborar relatórios*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1977.

Revistas:

FERREIRA, Berta, et al – Doença Bipolar e Perturbação Borderline da Personalidade. Comorbilidade ou Continuum. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Volume 1, nº 1, Julho 2004 (p. 53-61).

ANEXOS

ANEXO I

(NOC, Equilíbrio de Humor, 08/10/09)

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
Indicadores:					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5

Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas diárias	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Raramente demonstra	08/10/09	

ANEXO II

(NOC, Equilíbrio de Humor, 29/10/09)

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezez	Demonstra Muitas Vezez	Demonstra Sempre
Indicadores:					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5

Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas diárias	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Demonstra muitas vezes	29/10/09	

ANEXO III

(Escala de Ansiedade de Hamilton, 08/10/09)

Scores:	0= Ausência;	1= Intensidade ligeira;	2= Intensidade média;	3= Intensidade forte;	4= Intensidade máxima (incapacitante)
HUMOR ANSIOSO- inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO - sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reacções de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito:	0	1	2	3	4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores nocturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às actividades de rotina, despertar precoce, depressão;	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispneia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzimento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções frequentes, urgência de micção, frigidez amenorreia, ejaculação precoce, ausência de erecção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudção, vertigens, cefaleia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0	1	2	3	4
TOTAL:	21				

Menos de 9 pontos: nível de ansiedade baixo ou nulo; entre 9 e 17 pontos nível de ansiedade moderado; **entre 17 – 25 pontos: nível de ansiedade elevada**; mais de 25 pontos: nível de ansiedade muito elevada

ANEXO IV

(Escala de Ansiedade de Hamilton, 25/10/09)

Scores:	0=Ausência;	1=Intensidade ligeira;	2=Intensidade média;	3=Intensidade forte;	4=Intensidade máxima (incapacitante)
HUMOR ANSIOSO- inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO - sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito:	0	1	2	3	4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores nocturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às actividades de rotina, despertar precoce, depressão;	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispneia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções frequentes, urgência de micção, frigidez amenorreia, ejaculação precoce, ausência de erecção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudorese, vertigens, cefaleia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tíques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0	1	2	3	4
TOTAL:	6				

Menos de 9 pontos: nível de ansiedade baixo ou nulo; entre 9 e 17 pontos nível de ansiedade moderado; entre 17 – 25 pontos: nível de ansiedade elevada; mais de 25 pontos: nível de ansiedade muito elevada.

ANEXO V

(Escala de Rosenberg, 15/10/09)

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.				
2. Às vezes penso que não valho nada.				
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.				
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.				
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.				
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.				
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.				
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.				
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.				

Grelha de correcção:

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	4	3	2	1
2. Às vezes penso que não valho nada.	1	2	3	4
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	4	3	2	1
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.	1	2	3	4
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	1	2	3	4
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	4	3	2	1
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.	1	2	3	4
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.	1	2	3	4
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	4	3	2	1

Auto-estima diminuída em grau...

- Reduzido (> 30 - <40, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Moderado (> 20 - <30, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Elevado (> 15 - <20, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Muito elevado (> 10 - <15, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)

ANEXO VIII

Programa de Estimulação dos Auto-Cuidados

DEMÊNCIA



ESTIMULAÇÃO
COGNITIVA

➤ As pessoas idosas constituem uma grande parte da população, tendo o aumento da esperança média de vida de 49 anos em 1990, para 76,5 anos actualmente, levado a que as pessoas criem projectos em relação ao envelhecimento futuro.

Segundo Fernandes (2000) citado por Robert (1994, pág.31) o envelhecimento consiste na “ *perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*”. Torna-se assim evidente que o envelhecimento não é uma doença, pois a partir do momento que se vive, naturalmente se envelhece. No entanto, é um processo complexo e universal, comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao Homem, cujo funcionamento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diversas teorias. Portanto, é um processo natural e inevitável dos seres vivos, que quando associado a uma esperança de vida mais longa sobrevém novas problemáticas, como determinadas patologias e dificuldades/necessidades das famílias. Tais problemáticas do envelhecimento podem implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência.

Neste sentido, torna-se imprescindível que a intervenção junto do idoso seja cada vez mais na prevenção e informação dos idosos e sua família, para que estes ultrapassem com sucesso situações de stress frequentes durante o envelhecimento. Contudo, a abordagem do indivíduo idoso exige um vasto conjunto de conhecimentos especializados, sendo também indispensável, que o profissional de saúde tenha determinadas qualidades pessoais para a eficácia e qualidade dos cuidados. Ou seja, o profissional de saúde deve ter um conhecimento aprofundado acerca da psicopatologia associada ao idoso, quer na sua etiologia, como na prevenção e tratamento dos mesmos.

Ao reflectir na minha prática profissional a realidade com que me deparo na Unidade do Sagrado Coração de Jesus é precisamente de um considerável numero de utentes internadas com Demência, tendo tal facto me despertado um certo interesse e empenho. Contudo, a minha intervenção a este nível tem subjacente os objectivos da equipa multidisciplinar da Unidade do Sagrado Coração de Jesus, sendo estes nomeadamente:

- ✓ Promover uma assistência integral a doentes nos diferentes estadios da doença;
- ✓ Potenciar a autonomia e integração social dos indivíduos;
- ✓ Intervir junto da família enquanto entidade de cuidados.

Porém, segundo Lishman (1998) citado por Valente (2006) Demência é um “*síndrome de deterioração global e adquirida da inteligência, memória, e personalidade, mas sem prejuízo da consciência*”. Ou seja, a demência “*é uma síndrome clínica definida como um défice adquirido das capacidades cognitivas e da memória com repercussão funcional. (...) Salienta-se, como premissas obrigatórias, a perda de capacidades intelectuais relativamente ao estado pré-mórbido (exclusão do atraso mental) e o envolvimento específico da capacidade mnésica; é também considerado como critério obrigatório que estes defeitos tenham em repercussão funcional, ou seja, interfiram nas actividades de vida diária e/ou profissionais*”, tal como refere Santana (2005).

No entanto, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a demência caracteriza-se por: “*uma diminuição progressiva da memória e da capacidade de ideação, suficientemente marcada para limitar as actividades da vida quotidiana, que tenha surgido há pelo menos seis meses e associada a uma perturbação de, pelo menos, uma das seguintes funções: linguagem, cálculo, avaliação, alteração do pensamento abstracto, praxia, gnosis ou modificações da personalidade*”.

Contudo, existem determinados critérios para ser feito um diagnóstico de Demência correcto, sendo estes de acordo com DSM IV, 1996 os seguintes:

- ✓ A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, manifestados por:
 1. Diminuição da memória (diminuição da capacidade de aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida);
 2. Uma ou mais, das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) Afasia (perturbação da linguagem);
 - b) Apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver actividades motoras, apesar de a função motora permanecer intacta);
 - c) Agnosia (impossibilidade de reconhecer ou identificar objectos, apesar de a função sensorial se manter intacta);
 - d) Perturbação na capacidade de execução (isto é, planeamento, organização, sequenciamento e abstracção);
- ✓ B. Os défices cognitivos dos critérios A1 e A2 podem causar alterações significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento;

-
- ✓ C. Evidência clara a partir da história da doença, do exame clínico ou de exames complementares de que a perturbação é a consequência fisiológica directa de uma afecção médica geral;
 - ✓ D. Os défices não se manifestam exclusivamente durante a evolução de um estado de confusão mental.

Consequentemente, com o evoluir da situação a demência conduzirá a determinadas alterações, as quais segundo Nunes e Pais (2006) são particularmente:

- ✓ Alterações cognitivas:
 - Desorientação;
 - Comunicação;
 - Memória;
- ✓ Alterações do comportamento:
 - Agressividade;
 - Reacções exaltadas e cólera;
 - Agitação e nervosismo;
 - Apatia;
 - Ansiedade e medo;
 - Perseguição;
 - Perguntas repetitivas;
 - Comportamento embaraçoso ou estranho;
 - Comportamento sexual inapropriado;
 - Alucinações e delírios;
 - Insónias e deambulação nocturna;
 - Deambulação de dia;
 - Esconder e perder as coisas;
 - Dificuldade em comer;
 - Mudanças bruscas de humor;
 - Tristeza e depressão.

✓ Alterações nas actividades básicas do dia-a-dia:

- Vestir/despir;
- Cuidados pessoais;
- Banho;
- Alimentação;
- Área circundante ao domicílio;
- Mobilidade na comunidade;
- Recreação e lazer.

No entanto, com o intuito de contrariar estas alterações que vão surgindo, recorre-se além do tratamento medicamentoso, também a tratamentos não medicamentosos. Os métodos não medicamentosos são múltiplos: estimulação cognitiva, cuidados a nível ortofónico e cinesiterapêutico, cuidados de enfermagem, musicoterapia, psicoterapia, etc., devendo por isso ser associados de modo variável segundo os casos.

Realço um método, o de estimulação cognitiva, uma vez que as suas técnicas são de grande ajuda. Segundo Guerreiro (2005) estimulação cognitiva consiste no *“aumento de actividade das funções orgânicas; aplicação de um agente, de uma energia, de um estímulo sobre um órgão excitável a fim de desencadear a actividade funcional desse mesmo órgão”*.

É um método que tem como principais objectivos:

- ✓ Maximizar as funções intactas;
- ✓ Aumentar os recursos das funções presentes embora diminuídas;
- ✓ Prolongar a independência funcional do doente.

Porém, no que diz respeito às abordagens não farmacológicas ainda são de considerar:

- ✓ Terapia de orientação para a realidade;
- ✓ Terapia da reminiscência;
- ✓ Estimulação sensorial;
- ✓ Terapia de validação;
- ✓ Intervenções nos cuidadores;
- ✓ Estimulação das actividades de vida Diária
(Programa de Estimulação dos Auto cuidados).

Portanto, rapidamente se conclui que no âmbito das intervenções não farmacológicas subsistem algumas primazias, nomeadamente:

- ✓ Não geram efeitos secundários nem interacções farmacológicas, o qual inicialmente é de grande importância devido à polimedicação e outras doenças que as pessoas com demência podem apresentar;
- ✓ São mais humanas ao facilitar o contacto pessoal com o terapeuta e outras pessoas, independentemente do tempo em terapia, e inclusive mesmo que esta se aplique com um computador;
- ✓ Intervêm positivamente no bem-estar e secundariamente sobre a conduta;
- ✓ Bem aplicadas podem ser mais económicas.

Deste modo, torna-se fundamental que a proposta de intervenção com a população idosa demenciada, contemple intervenções neste âmbito, uma vez que se trata de um grupo vulnerável que não dispõe de apoios necessários. Assim sendo, foi deste modo que emergiu o meu interesse e curiosidade na abordagem da promoção de apoio ao idoso com Demência e seus prestadores de cuidados. Porém, justamente neste campo de estágio, anteriormente já haveria sido elaborado por uma aluna de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, um projecto neste âmbito, ao qual pretendo dar continuidade. Trata-se de um projecto que visa o desenvolvimento de acções ao nível da promoção da saúde mental, do tratamento da doença, reabilitação/estimulação do doente idoso demenciado, e a redução de danos no que diz respeito à comorbilidade dos cuidadores. Contudo, a realização deste tem subjacente a identificação de um conjunto de necessidades dos idosos demenciados e seus prestadores de cuidados. É um projecto que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida dos idosos com demência e seus prestadores de cuidados, através de um conjunto de estratégias diferenciadas, como a formação aos prestadores de cuidados, a realização de treino de memória, de competências básicas e instrumentais do idoso, a realização de períodos de descanso para os prestadores de cuidados em sobrecarga física e psicológica.

Neste contexto, com o intuito de dar continuidade ao projecto e tendo por base a identificação de uma necessidade neste âmbito achei pertinente a realização de treino de memória, de competências básicas e instrumentais do idoso, tendo procedido ao delineamento do programa de estimulação dos autocuidados.

➤ PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO DOS AUTOCUIDADOS

Objectivo geral:

- Realizar intervenções globais que visam a estimulação e manutenção das capacidades cognitivas residuais, retardar o processo evolutivo da doença e promover a autonomia do doente.

Objectivos específicos:

- Treino de memória;
- Estimulação da atenção/concentração;
- Identificação e nomeação de imagens e objectos relativos aos autocuidados;
- Treino do reconhecimento visual de objectos relativos aos autocuidados (gnosias);
- Treino de gestos relativos aos autocuidados (praxias);
- Treino da organização sequencial.

Áreas de actuação:

- ✓ Atenção/concentração;
- ✓ Memória;
- ✓ Linguagem;
- ✓ Praxias;
- ✓ Gnosias;
- ✓ Funções executivas.

Este programa contempla as seguintes fases:

1. Avaliação do doente (Índice Barthel, Índice de Lawton e grelha de observação dos autocuidados);
2. Programa de estimulação do respectivo auto-cuidado;
3. Avaliação dos autocuidados.

1. Avaliação do doente

Índice de Barthel

Nome: _____ Data: _____

Item	Actividades Básicas De Vida Diária	Cotação	Data	Data	Data
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10			
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5			
	Dependente	0			
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10			
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5			
	Dependente	0			
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5			
	Dependente	0			
	Dependente	0			
Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5			
	Dependente	0			
	Dependente	0			
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10			
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5			
	Dependente	0			
Controlo Intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho)	10			
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	5			
	Incontinência fecal	0			
Controlo Vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10			
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5			
	Incontinente ou algaliado	0			
Subir Escadas	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10			
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5			
	Dependente	0			
Transferência Cadeira-Cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15			
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10			
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5			
	Dependente	0			

Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas, ...)	15			
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10			
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5			
	Dependente	0			
Total	(colocar o valor numérico e grau de dependência)				

Grau de Dependência:

100 Pontos – Independente; 60 – 95 Pontos – Ligeiramente Dependente; 40 – 55 Pontos – Moderadamente Dependente; 20 – 35 Pontos – Severamente Dependente; <20 Pontos – Totalmente Dependente

Índice de Lawton

Nome: _____ Data: _____

Item	Actividades Instrumentais De Vida Diária	Cotação	Data	Data	Data
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1			
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2			
	Só faz as tarefas leves	3			
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4			
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5			
Lavar a roupa	Lava a roupa	1			
	Só lava pequenas peças	2			
	È incapaz de lavar a sua roupa	3			
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1			
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2			
	Prepara pratos pré-cozinhados	3			
	Incapaz de preparar refeições	4			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1			
	Só faz pequenas compras	2			
	Faz as compras acompanhado	3			
	È incapaz de ir às compras	4			
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1			
	Só liga para lugares familiares	2			
	Necessita de ajuda para o usar	3			
	Incapaz de usar o telefone	4			
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1			
	Só anda de táxi	2			
	Necessita de acompanhamento	3			
	Incapaz de usar o transporte	4			
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1			
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2			
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3			
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1			
	Necessita que lhe preparem a medicação	2			
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3			
Total					

Grau de Dependência:

8 Pontos – Independente; 9 – 20 Pontos – Moderadamente Dependente (necessita de uma certa ajuda); >20 pontos severamente dependente (necessita de muita ajuda)

Grelha de observação de autocuidados

Nome: _____ Data: _____

	Actividade	Data	Data	Data	Observações
Banho/Lavar-se	Organiza o material necessário para a realização do banho (esponja, gel de banho, shampoo, toalha)				
	Abre e fecha a torneira				
	Coloca água com a pressão adequada				
	Coloca a água na temperatura adequada				
	Ensaboia-se				
	Lava o cabelo				
	Seca-se				
	Arruma os produtos de higiene				
	Arruma o espaço que utiliza (polivan, lavatório)				
Arranjar-se	Identifica o material necessário				
	Seca o cabelo				
	Pentea o cabelo				
	Limpa/corta as unhas				
	Selecciona a roupa de acordo com o tempo				
	Selecciona o calçado adequado				
	Aplica creme				
Higiene Oral	Organiza material necessário (escova, pasta dentífrica, copo)				
	Tira a tampa da pasta de dentes				
	Coloca a pasta na escova				
	Lava os dentes correctamente				
	Bochecha com água				
	Limpa/seca a boca				
	Arruma material utilizado				
	Arruma o espaço que utiliza (lavatório)				

Uso do sanitário	Despe cueca/fralda				
	Usa a sanita				
	Limpa os genitais				
	Veste cueca/fralda				
	Descarrega o autoclismo				
	Cuida da higiene das mãos				
	Abre e fecha a torneira				
	Ensaboia as mãos				
	Seca as mãos				
Vestuário	Organiza as peças de roupa que vai utilizar				
	Reconhece a ordem pela qual devem ser vestidas as diferentes peças de roupa				
	Despe a peça de roupa				
	Veste a peça de roupa				
	Calça sapatos				
	Aperta botões ou atacadores				
Comer/beber	Senta-se adequadamente à mesa				
	Mastiga os alimentos antes de os engolir e bebe pausadamente sem se engasgar				
	Cumprer a sequência dos pratos servidos e está atenta à temperatura da comida				
	Utiliza os talheres adequadamente em função dos alimentos				
	Utiliza guardanapo				
	Não abandona o refeitório durante a refeição				
Recreação e lazer	Cumprer a sequência da actividade recreativa/lazer				
	Interessa-se na actividade recreativa/lazer				
	Comportamento adequado na actividade recreativa/lazer				
	Atenta durante a actividade recreativa/lazer				
Enf.º					

Legenda:

Resposta do Utente			
Adequado	1	Com ajuda mão na mão	5
Com ajuda verbal	2	Inadequado	6
Com ajuda gestual	3	Não aplicável	NA
Com demonstração	4		

Orientação	Data	Data	Data
Tempo			
Espaço			
Pessoa			
Legenda	S - Sim	N - Não	

2. Programa de estimulação dos autocuidados:

➤ Programa de estimulação do autocuidado banho/lavar-se:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação através de imagens das divisões da casa, referindo qual da divisão é utilizada para o autocuidado banho/lavar-se;
- Nomeação de objectos e utensílios necessários para o banho/lavar-se;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado banho/lavar-se;
- Planeamento da acção do auto-cuidado banho/lavar-se;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado banho/lavar-se;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado banho/lavar-se;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado banho/lavar-se;
- Fim da sessão.

➤ Programa de estimulação do autocuidado arranjar-se:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação das divisões da casa através de imagens, referindo quais das divisões são utilizadas para o autocuidado arranjar-se;
- Nomeação de objectos e apetrechos necessários para arranjar-se;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado arranjar-se;
- Planeamento da acção do auto-cuidado arranjar-se;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado arranjar-se;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado arranjar-se;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado arranjar-se.

➤ Programa de estimulação do autocuidado higiene oral:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação das divisões da casa através de imagens, referindo qual é a divisão utilizada para o autocuidado higiene oral;
- Nomeação de objectos necessários para a higiene oral;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado higiene oral;
- Planeamento da acção do auto-cuidado higiene oral;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado higiene oral;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado higiene oral;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado higiene oral;
- Fim da sessão.

➤ Programa de estimulação do autocuidado ir ao sanitário:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação das divisões da casa através de imagens, referindo qual é a divisão utilizada para o autocuidado ir ao sanitário;
- Nomeação de acções básicas quando se usa o sanitário;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado ir ao sanitário;
- Planeamento da acção do auto-cuidado ir ao sanitário;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado ir ao sanitário;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado ir ao sanitário;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado ir ao sanitário;
- Fim da sessão.

➤ Programa de estimulação do autocuidado vestuário:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação das divisões da casa através de imagens, referindo qual é a divisão utilizada para o autocuidado vestuário;
- Nomeação de utensílios/objectos e acções essenciais para se vestir;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado vestuário;
- Planeamento da acção do auto-cuidado vestuário;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado vestuário;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado vestuário;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado vestuário;
- Fim da sessão

➤ Programa de estimulação do autocuidado comer e beber:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação através de imagens das divisões da casa, referindo qual da divisão é utilizada para o autocuidado de comer e beber;
- Nomeação de alimentos e utensílios de comer e beber;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado de comer e beber (alimentos e utensílios);
- Planeamento da acção do auto-cuidado de comer e beber;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado de comer e beber;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado de comer e beber;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado de comer e beber;
- Fim da sessão.

➤ Programa de estimulação do autocuidado recreação e lazer:

- Introdução (motivo da reunião do grupo na sessão);
- Apresentação de todos os membros;
- Identificação de imagens relativas ao autocuidado de recreação e lazer;
- Reconhecimento através de imagens, da sua actividade recreativa/lazer favorita;
- Nomeação de objectos, coisas e utensílios necessários para a sua actividade recreativa/ lazer favorita;
- Planeamento da acção do auto-cuidado de recreação e lazer;
- Sequenciação da acção através da ordenação de imagens e frases relativas ao autocuidado de recreação e lazer;
- Treino dos gestos necessários ao autocuidado de recreação e lazer;
- Treino do reconhecimento auditivo de sons relativos ao autocuidado de recreação e lazer;
- Fim da sessão.

De referir que na triagem destes autocuidados estiveram subjacentes as principais alterações nas actividades básicas do dia-a-dia, as quais podem surgir com o avançar da doença.

3. Avaliação dos autocuidados:

Grelha de Avaliação dos AutoCuidados

Autocuidado: _____

Data: ____/____/____

Doentes	Motivação	Atenção/ Concentração	Participação	Satisfação	Interacção	Comportamento	Planeamento	Sequência da Acção	Eficácia da Acção

Motivação:

- 0. Recusou integrar o grupo
- 1. Necessitou de persuasão
- 2. Aderiu espontaneamente

Satisfação

- 0. Não mostrou sinal de se divertir
- 1. Mostrou sinais ocasionais
- 2. Divertiu-se a maior parte da sessão
- 3. Divertiu-se durante toda a sessão

Planeamento

- 0. Não organiza o material
- 1. Organização material com ajuda verbal
- 2. Organiza o material

**Atenção/
Concentração**

- 0. Nula
- 1. Alguma, com baixas de concentração
- 2. Na maior parte da sessão
- 3. Em toda a sessão

Interacção

- 0. Nenhuma interacção
- 1. Só fala quando questionado
- 2. Responde a outros membros do grupo
- 3. Interage espontaneamente

**Sequência e
Acção**

- 0. Não sequencia a acção
- 1. Ajuda mão na mão
- 2. Com demonstração
- 3. Ajuda gestual
- 4. Ajuda verbal
- 5. Independente

Comportamento

- 0. Agitado
- 1. Inquieto
- 2. Desorganizado
- 3. Adequado

Participação

- 0. Não há resposta
- 1. Poucas respostas; não colabora
- 2. Participa activamente quando motivado
- 3. Participa activamente sem necessidade de motivação

**Eficácia da
acção**

- 0. Não
- 1. Sim

Observações:

ANEXO IX

Guia de Acolhimento

ACTIVIDADES

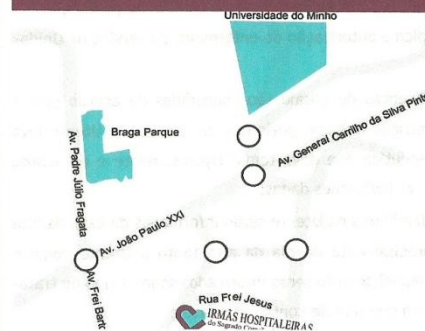
HORAS	ACTIVIDADES
7h00	Acordar e cuidados de higiene
8h30	Pequeno-almoço/ Toma da medicação
9h30 – 12h30	Actividades terapêuticas
12h30	Almoço/Toma da medicação
13h00 – 15h00	Repouso
14h30 – 17h00	Actividades terapêuticas
16h00	Lanche
19h00	Jantar/Toma da medicação
20h30	Deitar

Cuidar é o Futuro do Presente... e o Presente do Futuro!

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

- “ Serviço de Admissões - Segunda a Sexta-feira das 9h às 20h
- “ Serviços Administrativos - Segunda a Sexta-feira das 9h às 12.30h e 14h às 18h.

LOCALIZAÇÃO



CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

Rua Dr. António Alves Palha, n.º 2

4715-308 Braga

Telefone: (+351) 253 203 000

Fax: (+351) 253 203 009

www.ihscj.pt/csbj



IRMÃS HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus
Casa de Saúde do Bom Jesus

GUIA DE ACOLHIMENTO



Unidade Sagrado Coração de Jesus

BRAGA, 2009

NOTA INTRODUTÓRIA

Bem-vinda à Unidade do Sagrado Coração de Jesus.

Este guia de acolhimento oferece-lhe informação sobre a dinâmica e o funcionamento da Unidade, nomeadamente, as normas e regras mais importantes de forma a tornar a sua estadia mais segura e confortável.

BREVE HISTORIAL

A Unidade Sagrado Coração de Jesus é uma das seis unidades de internamento da Casa de Saúde do Bom Jesus e destina-se a utentes do sexo feminino, do foro psiquiátrico e Psicogeriatrico, em regime de longo internamento.

A Casa de Saúde do Bom Jesus foi fundada em 1932 e pertence ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Tem por **Missão:**

Promover uma assistência integral - atender o doente nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual - a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres.

O processo assistencial defende a dignidade da pessoa assistida, respeita e promove os seus direitos e deveres, articulando as diferentes fases: preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Todas as utentes internadas nesta Unidade dispõem de uma equipa multidisciplinar, composta por: médico psiquiatra (4ª feira de manhã), Médico de clínica geral, equipa de Enfermagem 24h/dia, equipa de Ajudantes de enfermagem 24h/dia, Psicóloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista e Professor de ginástica.

NORMAS E REGRAS A LEMBRAR

- “ Deve assumir um comportamento adequado;
- “ Deve cumprir os horários estabelecidos;
- “ Deve participar nas actividades propostas pela Unidade;
- “ As saídas da Unidade terão lugar mediante prescrição médica e autorização do enfermeiro de serviço na Unidade;
- “ As licenças de ensaio são concedidas de acordo com a prescrição médica, período este, em que o Utente leva terapêutica que deve tomar rigorosamente e de acordo com as indicações dadas;
- “ Os familiares da Utente serão informados da data da alta e precisamente no dia da alta tanto o Utente como o acompanhamento serão informados sobre o tipo de tratamento que tem de continuar a fazer;
- “ Deve tomar a medicação prescrita, não devendo ter em sua posse medicação sem conhecimento do médico e enfermeiro;
- “ Todas as refeições são servidas no refeitório, devendo a Utente sentar-se a mesa no respectivo lugar previamente estabelecido;
- “ Sempre que possível, deve manter as boas condições da Unidade (limpeza e arrumação);
- “ **Não é permitido:** trazer TV, rádio; consumo de bebidas alcoólicas/ drogas; ter em sua posse objectos potencialmente perigosos (cortantes ou perfurantes); fumar dentro da Unidade, apenas no exterior (jardim), devendo no final do dia entregar tabaco e isqueiro ao enfermeiro de serviço; ter em sua posse grandes quantidades de dinheiro ou valores.

VISITAS

“As Utes internadas na Unidade do Sagrado Coração de Jesus têm direito a receber visitas de familiares e amigos;

“As visitas às Utes internadas são diárias, das 14h30 às 17h00;

TELEFONEMAS

- “ Após autorização clínica o doente pode:
 - Receber telefonemas, através do n.º 253 203 000 no seguinte horário:

09:30h às 12.15h
13.30h às 18.30h

Não é permitido o uso de telemóvel durante o internamento.

INFORMAÇÕES

- “ Telefonema para Unidade Sagrado Coração de Jesus, através do n.º 253 203 000:

Todos os dias das 09.30h às 12.00h

ou

13.00h às 21.00h

- “ Pessoalmente, junto do enfermeiro de serviço, durante o horário de visitas.

ANEXO X

Planificação e Avaliação das Sessões de Relaxamento

RELAXAMENTO



GERONTOPSIQUIATRIA

O relaxamento hoje em dia assume uma grande importância em diversos assuntos da actualidade, sobretudo na área da saúde, uma vez que tantos jornais como textos publicados na imprensa evidenciam os benefícios do relaxamento para a saúde. Porém, o relaxamento sempre que requerido tem como intuito:

- ✓ Proteger os órgãos do desgaste diário, nomeadamente do stress e também de patologias;
- ✓ Aliviar o stress em situações como hipertensão arterial, asma, cefaleias, deficiências imunológicas, insónias, pânico, etc. ...;
- ✓ Acalmar o pensamento e torná-lo positivo.

Segundo Ryman (1995), citado por PAYNE (2003,pág.3) o relaxamento é «*como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo*». Ou seja, o relaxamento é a consonância entre o estado físico e o mental. Físico porque lhe é inerente o relaxamento muscular, isto é alívio de tensões, e psicológico porque existe relaxamento sem que coexistam também sentimentos de paz interior e uma abstracção de sentimentos geradores de stress ou perturbadores.

Portanto, segundo Payne (2003) existem duas grandes vertentes do relaxamento, o relaxamento físico e o psicológico. Os métodos físicos incluem o relaxamento progressivo de Jacobson, o relaxamento passivo de Everly & Rosenfeld, relaxamento aplicado de Ost, a técnica de Alexander, relaxamento diferencial, alongamentos, métodos de respiração, entre outros. Por outro lado, os métodos psicológicos são: a consciencialização, a visualização dirigida para objectivos, o treino autogénico, a meditação, entre outros.

Ao longo de uma sessão de relaxamento pode associar-se os métodos anteriormente descritos, isto é a sessão de relaxamento pode abarcar um exercício de relaxamento progressivo e a visualização dirigida para objectivos. No entanto, é fundamental aquando do planeamento e execução dos diferentes métodos ter em conta as indicações e contra-indicações, formas de avaliação dos resultados, para melhor se adequar o método à pessoa.

Porém, um aspecto proeminente é os princípios gerais do treino de relaxamento. Estes, segundo Payne (2003), são nomeadamente:

✓ **Ambiente**

Payne (2003), baseado em diversos autores citados na sua obra, refere que na sua maioria estes aconselham cenários sossegados, livres de distúrbios e com ambiente ameno.

✓ **Posição**

Para obter um relaxamento profundo, a posição de eleição é a de deitado sendo preferida relativamente à posição de sentado, isto devido ao facto de um corpo totalmente apoiado libertar-se-á mais prontamente da sua tensão.

✓ **Introdução**

Introduzir e justificar o método da sessão das técnicas de relaxamento que vão ser executadas são ideias chave que são defendidas pelos proponentes de todas as abordagens de relaxamento.

✓ **Acção**

Segundo Bernstein e Borkovec citado por PAYNE (2003, pág. 17) ...sugerem que o tom deve ser conversacional para começar, mas que o volume e ritmo do discurso devem ser reduzidos gradualmente com o decorrer da acção (...) aconselham um tom que seja suave e sossegado, talvez até monótono, mas não propositadamente hipnótico.

✓ **Finalização**

Segundo Payne (2003, pág.17) «*todos os procedimentos de relaxamento profundo devem ser trazidos gradualmente a seu termo, permitindo ao participante um retorno vagaroso ao estado de vigília*».

✓ **Confidencialidade**

Esta deve ser deliberada desde o início da sessão e consiste em não referir ou relatar rigorosamente nada do que foi mencionado por algum membro do grupo, ao longo da sessão.

➤ Nos últimos anos temos assistido na nossa sociedade a alterações demográficas, das quais sem dúvida se destaca o Envelhecimento da população. Portugal depara-se com um decréscimo das taxas de mortalidade, o que se relaciona directamente com um aumento da esperança média de vida assim como, com um decréscimo das taxas de natalidade. Tendo o envelhecimento se tornado mais previsível, os problemas de saúde dos idosos tem ganho uma nova importância. A maioria das pessoas com 65 ou mais anos tem pelo menos uma doença crónica do foro médico e vários problemas concomitantes. Os idosos sofrem de artrite, problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos e défice auditivo ou visual com mais frequência do que as pessoas de meia-idade. Cada uma destas situações pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida, gerando muitas vezes ansiedade, stress e medo. Portanto, torna-se fundamental adequar as estratégias de intervenção para os idosos de forma a permitir a sua estimulação e reabilitação.

Neste âmbito, considero as técnicas de relaxamento um processo de abordagem privilegiado, assim como bastante eficaz neste grupo populacional, devido aos desafios tanto emocionais quanto físicos que os idosos experimentam. Pois, trata-se de uma área onde as técnicas de relaxamento podem desempenhar com elevada eficácia um papel muito importante. Daí, o meu interesse ao longo do estágio perante o desenvolvimento de competências na realização de técnicas de relaxamento.

Neste contexto, destaco o grupo de utentes do campo de estágio, que detém determinados focos de atenção para a prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, os quais podem ser trabalhados através de técnicas de relaxamento. Pois, através destas o idoso pode atingir o relaxamento que muitas vezes a ansiedade, o stress e o medo não permite. Por outro lado, o contacto periódico com o profissional pode ser parte significativa da rede de necessidades que o idoso requer, pois a utente sabe que pelo menos naquele momento irá receber atenção totalmente evidenciada ao seu cuidado individual, sentindo-se única e valorizada.

Assim, tendo por base a identificação de uma necessidade de intervenção neste âmbito, implementei três sessões de relaxamento a três grupos de utentes distintos. Aquando do delineamento das sessões estiveram subjacentes os seguintes focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem:

FOCOS

- Insónia;
- Bem-estar;
- Bem-estar físico;
- Bem-estar psicológico;
- Euforia;
- Ansiedade;
- Medo;
- Autocontrolo do medo;
- Autocontrolo da agressividade;
- Dor.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Insónia - presente;
- Bem-estar – alterado;
- Bem-estar físico - alterado;
- Bem-estar psicológico - alterado;
- Euforia - presente;
- Ansiedade - presente;
- Medo - presente;
- Autocontrolo do medo - ineficaz;
- Autocontrolo da agressividade - ineficaz;
- Dor – presente

INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM

- Gerir o ambiente físico;
- Planear horário de sono/repouso;
- Identificar padrão habitual do sono;
- Vigiar sono;
- Gerir medicação hipnótica em SOS;
- Facilitar o sono;
- Encorajar a técnica de relaxamento;
- Evitar a interrupção do sono;
- Instruir a técnica de relaxamento;
- Informar sobre estratégias a adoptar para facilitar sono;
- Gerir analgesia em SOS;
- Monitorizar a dor através da escala da dor;
- Disponibilizar presença;
- Planear/ oferecer escuta activa;
- Promover suporte emocional;
- Gerir comunicação;
- Planear/executar relação de ajuda;
- Promover a distração;
- Promover a modificação do comportamento;
- Promover a participação em actividades de distração;
- Encorajar expressão de emoções;
- Promover autocontrolo eficaz.

Contudo, estas intervenções podem concretizar-se transversalmente à estruturação de sessões de relaxamento. Assim sendo, no intuito de estruturar as sessões a realizar apresso de seguida a sua planificação.

➤ PLANEAMENTO DA SESSÃO

Dinamizador: Célia Cunha

Local: Campo de Férias – Casa de Saúde do Bom Jesus

Número de Sessões: 3

Dias: 10, 13 e 17 de Novembro de 2009

Hora de Início: 15h

Hora de Término: 16h

Solicitação: entrega de convite formal

Intervenientes: Utentes da Unidade do Sagrado Coração de Jesus

Método: Expositivo, interrogativo, demonstração, utilização de meios audiovisuais

Material: PC, velas, leitor de CDs, colchões, documento gráfico

Avaliação: avaliação oral

Objectivo geral:

- Promover bem-estar físico e mental

Objectivos específicos:

- Promover o relaxamento neuromuscular;
- Treinar competências de concentração;
- Promover a diminuição da ansiedade;
- Reduzir alterações emocionais e excitação orgânica (tensão residual);
- Promover a coordenação motora;
- Incentivar a interacção grupal/social;
- Activar o inconsciente do indivíduo;
- Promover a concentração;
- Facilitar a expressão de sentimentos;
- Prevenir a acumulação de stress;
- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sessões de relaxamento;
- Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;
- Contribuir para que a utente no fim da sessão seja capaz de identificar os benefícios das técnicas de relaxamento, assim como compreender os conceitos de relaxamento, relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação dirigida.

Conteúdo da sessão:

Introdução

- Apresentação do dinamizador;
- Definição de objectivos pedagógicos;
- Expor as regras de participação/compromisso grupal;
 - Tempo de duração: 5 min

Desenvolvimento

- Conceito de relaxamento, relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação dirigida;
- Benefícios do relaxamento;
- Demonstração:
 - Explicação das actividades a desenvolver;
 - Avaliação inicial do pulso;
 - Aplicação da técnica de relaxamento de Jacobson;
 - Aplicação da técnica de relaxamento por Imagem Dirigida;
 - Avaliação final do pulso
- Tempo de duração: 45 min

Conclusão

- Resumo Global;
- Clarificação de dúvidas;
- Motivar as utentes a expressar as vantagens e desvantagens das actividades;
- Avaliação da aprendizagem;
- Encerramento
 - Tempo de duração: 10 min

➤ AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

Atendendo que os avanços e exigências da sociedade actual implicam a necessidade de uma actuação profissional rigorosa, eficiente e sustentada numa visão científica, técnica e relacional, considero a aquisição de competências na realização de técnicas de relaxamento essencial para o enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Pois, é ao adquirir determinadas competências, que vai amplificar a prestação de cuidados de excelência ao utente/família. Neste âmbito, com o intuito de aperfeiçoar os meus conhecimentos e habilidades nesta área, realizei a três grupos distintos de utentes da Unidade do Sagrado Coração de Jesus, três sessões de relaxamento.

Porém, acatando que as técnicas de relaxamento são um leque infinito, desde as físicas às psicológicas, optei por aquando do planeamento da sessão de relaxamento, envolver um exercício de relaxamento progressivo e a visualização dirigida para objectivos, pois era meu interesse e curiosidade saber qual das vertentes do relaxamento (física ou psicológica) a utente mais simpatiza, para além de dispor da oportunidade de desenvolver aptidões nas duas vertentes. No entanto, durante o delineamento e execução dos diferentes métodos tive em atenção as indicações e contra-indicações, formas de avaliação dos resultados, para melhor se adequar o método à pessoa. Além disso, tive em consideração determinados aspectos do treino de relaxamento, como o ambiente, a confidencialidade, a posição, as notas introdutórias, a acção em si mesma, a sua finalização, o número de sessões, entre outros, tal como refere Payne (2003, pág.15). Contudo, a utilização dos métodos de relaxamento implica um conhecimento profundo do que se está a fazer e dos seus objectivos terapêuticos, no sentido de estes poder ser um recurso incondicional para os profissionais de saúde e umas mais valia para os participantes nos mesmos.

Assim sendo, ao longo da elaboração das sessões tornou-se imperativo a selecção do grupo de doentes, tendo para tal, procedido à consulta dos processos clínicos, atendido aos focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem subjacentes e baseando-me na observação que efectuei durante a prestação de cuidados. De salientar, que as utentes apresentavam características bastante peculiares, desde a diminuição da acuidade auditiva, visual, patologias prévias, o que se tornou um desafio muito aliciante. Posteriormente aliei um conjunto de material necessário (musica, velas, colchões) de forma a ser possível a realização da sessão. Além de que fui preparando o ambiente: local calmo, sem ruído e onde não houvesse possibilidade de interrupções; temperatura do ar amena; luminosidade suavizada e colocação de um som ambiente agradável para as utentes. Após ter solicitado que as participantes se sentassem numa posição confortável, iniciei a sessão, começando por explicar os objectivos, os procedimentos das actividades às utentes, bem como fundamentando os métodos de relaxamento. De

seguida, prestei ajuda às participantes para se deitarem nos colchões numa posição confortável, tendo no seguimento iniciado o relaxamento.

Durante as sessões, de uma maneira geral todas as utentes evidenciaram atenção, disponibilidade de aprendizagem, interesse, motivação e empenho. Tiveram uma participação activa e positiva, tendo existido sempre um bom feedback. Destaco apenas uma utente que se demonstrou indiferente a todo o que se estava a passar, tendo mantido sempre um distanciamento a tudo o que era solicitado, ostentando uma grande inactividade. Com efeito, este comportamento está tendencialmente relacionado com a patologia associada. Porém, durante as sessões surgiram algumas barreiras, pelo que foi minha preocupação actuar no sentido de as minimizar, recorrendo a determinadas estratégias nesse sentido. Um obstáculo prendeu-se com o défice de comunicação, pois algumas utentes apresentavam diminuição da acuidade auditiva, originando consequentemente, uma dificuldade de interacção adequada, estando estes aspectos tendencialmente relacionados com a patologia associada. No sentido de ultrapassar esta barreira criei estratégias para contornar a situação, tendo designadamente elevado um pouco o tom de voz, minimizado deste modo a situação.

No entanto, durante as sessões pude aperceber-me de alguns pormenores, nomeadamente que a maioria das utentes sentiu mais dificuldades na técnica de relaxamento de Jacobson do que na técnica de relaxamento por imaginação dirigida. Pois, ao longo da técnica de relaxamento de Jacobson diversas vezes algumas utentes não faziam a contracção dos músculos, da parte do corpo solicitada, tendo mesmo dificuldade na adopção de certas posturas. Do meu ponto de vista, esta dificuldade deve-se a um deficit de concentração, bem como à diminuição da acuidade auditiva por parte das utentes em causa.

Porém, realço, que ao longo da técnica de relaxamento progressivo permaneci desperta para a eventualidade de ocorrência de efeitos negativos do método nas utentes.

Relativamente ao momento de avaliação, as utentes foram verbalizando as diversas sensações vivenciadas durante o procedimento, assim como foram descrevendo como se sentiram ao longo da sessão, exprimindo mesmo que sentiram uma diminuição no seu nível de ansiedade. Também mencionaram que tiveram mais dificuldade na técnica de relaxamento progressivo, uma vez que sentiram algumas dificuldades em conseguir adoptar certas posturas.

Contudo, considero que fui aperfeiçoando as técnicas de relaxamento, tendo atingido os objectivos a que me propus inicialmente com êxito, pois todas as utentes no final das sessões afirmaram sentirem-se melhor. Além disso era notória a sua motivação para a actividade, pois ao longo do estágio várias vezes me abordaram para saber quando era a próxima sessão de relaxamento, para além de que demonstraram sempre no momento da entrega do convite (uma semana antes da realização das sessões), entusiasmo e vontade de aderir em actividades deste género.

No que diz respeito, à minha prestação enquanto dinamizadora das sessões, senti inicialmente uma inquietação, dado ser a primeira vez que iria realizar um trabalho deste tipo e também porque não sabia qual iria ser a receptividade das utentes. Contudo, com o decorrer da sessão fui me sentindo confiante e segura, pois as utentes evidenciavam empenho e interesse. No entanto, realço que enquanto dinamizadora da sessão, tinha como intuito efectua-la com eficiência e entusiasmo, de modo a despertar interesse e motivação nas utentes. A apresentação das sessões processou-se de uma forma espontânea, considerando ter tido uma prestação positiva. O sentimento de inquietação que sentira na primeira sessão, nas seguintes não surgiu, pois, senti-me mais à vontade e confiante, tendo muito contribuído para tal facto a demonstração de interesse e motivação das utentes.

Em suma, na minha opinião, este tipo de actividade é particularmente gratificante, quer para quem é cuidado, quer para quem cuida. Pois, permite um contacto directo e exige confiança, tornando-se para o idoso um momento em que a atenção é só para ele, permitindo criar um ambiente único em que o utente se sente bem e em equilíbrio, e acima de tudo valorizado. Por vezes o silêncio das palavras aliado a um ambiente agradável proporciona o que o utente necessita, o equilíbrio.

ANEXO XI

**Planificação e Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde
"Stress/Relaxamento"**

➤ PLANEAMENTO DA SESSÃO

Dinamizador: Célia Cunha

Local: Sala de actividades da unidade – Casa de Saúde do Bom Jesus

Número de Sessões: 2

Dia: 27 de Novembro de 2009

Hora de Início: 11h/14h

Hora de Término: 12h/15h

Solicitação: entrega de convite formal

Intervenientes: Equipa de Ajudantes de Enfermaria da Unidade do Sagrado Coração

Método: Expositivo, interrogativo, demonstração, utilização de meios audiovisuais

Material: PC, velas, leitor de CDs, colchões, documento gráfico

Avaliação: avaliação oral

Objectivo geral:

- Promover bem-estar físico e mental;
- Os formandos no final da sessão serem capazes de identificar a importância das técnicas de relaxamento para o controlo do stress.

Objectivos específicos:

- Promover o relaxamento neuromuscular;
- Treinar competências de concentração;
- Promover a diminuição da ansiedade;
- Reduzir alterações emocionais e excitação orgânica (tensão residual);
- Promover a coordenação motora;
- Incentivar a interacção grupal/social;
- Activar o inconsciente do indivíduo;
- Promover a concentração;
- Prevenir a acumulação de stress;
- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sessões de relaxamento;
- Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;
- Contribuir para que os formandos no fim da sessão sejam capazes de identificar sinais e sintomas de stress, os benefícios das técnicas de relaxamento, assim como

compreender os conceitos de relaxamento, relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação dirigida.

Conteúdo da sessão:

Introdução

- Apresentação do dinamizador;
- Definição de objectivos pedagógicos;
- Expor as regras de participação/compromisso grupal;
- Tempo de duração: 5 min

Desenvolvimento

- Conceito de stress;
- Alterações provocadas pelo stress;
- Sinais e sintomas de stress;
- Prevenção e controlo do stress;
- Conceito de relaxamento, relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação dirigida;
- Benefícios do relaxamento;
- Demonstração:
 - Explicação das actividades a desenvolver;
 - Avaliação inicial do pulso;
 - Aplicação da técnica de relaxamento de Jacobson;
 - Aplicação da técnica de relaxamento por Imagem Dirigida;
 - Avaliação final do pulso
- Tempo de duração: 45 min

Conclusão

- Resumo Global;
- Clarificação de dúvidas;

-
- Motivar as utentes a expressar as vantagens e desvantagens das actividades;
 - Avaliação da aprendizagem;
 - Encerramento

- Tempo de duração: 10 min

➤ AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Atendendo ao stress do dia-a-dia dos profissionais de saúde, realço o dos profissionais de saúde mental, que por realizarem o seu trabalho num ambiente com elevada carga emocional, encontram-se particularmente vulneráveis à tensão psicológica e à exaustão emocional. Consequentemente, tais factos podem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, bem como a sua própria saúde, o seu desempenho profissional e a satisfação em relação ao seu trabalho. Perante esta realidade, é fundamental no dia-a-dia encontrar um tempo para nós próprios tornando-se o relaxamento vital para uma mente saudável, bem como para nos manter motivados para o dia-a-dia.

Neste sentido, são necessárias intervenções que possam ajudar estes profissionais no que diz respeito ao manuseamento de situações stressantes, visando melhorias na qualidade de vida, assim como na assistência prestada em saúde mental. Neste contexto, e com o intuito de aperfeiçoar os meus conhecimentos e habilidades nesta área, realizei à equipa de ajudantes de enfermaria da Unidade do Sagrado Coração de Jesus, uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema stress/relaxamento.

A pesquisa bibliográfica foi essencial para identificar conteúdos relevantes e realizar a fundamentação teórica e prática dos temas, bem como me permitiu relembrar alguns conceitos e aprofundar os meus conhecimentos na área. No entanto, a preparação da sessão permitiu-me articular os conhecimentos adquiridos como formadora e os conhecimentos adquiridos no contexto do mestrado. Assim, esquematizei e planeei a sessão para que se proporcionasse o mais interactiva possível.

Porém, aquando do planeamento da sessão de relaxamento, decidi envolver um exercício de relaxamento progressivo e um exercício de relaxamento por visualização

dirigida para objectivos, pois era meu interesse e curiosidade saber qual das vertentes do relaxamento (física ou psicológica) o formando mais simpatiza, além de dispor da oportunidade de desenvolver aptidões nas duas vertentes. No entanto, durante o delineamento tive em consideração determinados aspectos do treino de relaxamento, como o ambiente, a confidencialidade, a posição, as notas introdutórias, a acção em si mesma, a sua finalização, o número de sessões, entre outros, tal como refere Payne (2003, pág.15).

Posteriormente aliei um conjunto de material necessário (musica, velas, colchões) de forma a ser possível a realização da sessão. Além de que fui preparando o ambiente: local calmo, sem ruído e onde não houvesse possibilidade de interrupções; temperatura do ar amena; luminosidade suavizada e colocação de um som ambiente agradável para os formandos. Após ter solicitado que às participantes se sentassem numa posição confortável, iniciei a sessão, começando por me apresentar e explicar os objectivos pedagógicos da sessão. Procedeu-se, um conjunto de imagens relacionadas com o relaxamento, tendo cada formando mencionado qual das imagens que lhe transmitia a ideia de relaxamento e porquê. Seguiu-se a exposição dos conteúdos programáticos relativos aos temas stress e relaxamento. No seguimento, prestei ajuda às participantes para se deitarem nos colchões numa posição confortável, tendo no seguimento iniciado o relaxamento.

Durante a sessão, de uma maneira geral todos os formandos evidenciaram atenção, disponibilidade de aprendizagem, interesse, motivação e empenho. Tiveram uma participação activa e positiva, tendo existido sempre um bom feedback. Porém, pude averiguar que alguns formandos não têm bem esclarecido determinados aspectos relacionados com o stress, nomeadamente as alterações que este pode provocar no organismo. Em contrapartida, pude apurar que a maioria dos formandos estava elucidada relativamente aos sinais e sintomas de stress mais comuns. No entanto, também pude aperceber-me de alguns pormenores, nomeadamente que ao longo da técnica de relaxamento de Jacobson por vezes não era efectuada a contracção dos músculos, da parte do corpo solicitada, tendo mesmo dificuldade na adopção de certas posturas. Contudo, tal dificuldade, do meu ponto de vista relaciona-se com falta de concentração. Porém, realço, que ao longo da técnica de relaxamento progressivo

permaneci desperta para a eventualidade de ocorrência de efeitos negativos do método nos formandos.

Relativamente ao momento de avaliação, os formandos foram verbalizando as diversas sensações vivenciadas durante o procedimento, assim como foram descrevendo como se sentiram ao longo da sessão, exprimindo mesmo que sentiram uma diminuição no seu nível de ansiedade. Também mencionaram que tiveram alguma dificuldade na técnica de relaxamento progressivo, uma vez que sentiram dificuldades em conseguir adoptar certas posturas. Por fim, expressaram o desejo de este tipo de sessões serem realizadas pelo menos uma vez por mês. No final da sessão aferi que os formandos assimilaram os conhecimentos estando mesmo determinados a mudar alguns aspectos do seu dia-a-dia.

Considero que a sessão foi bastante pertinente e enriquecedora para todos que nela participaram, tendo atingido os objectivos a que me propus inicialmente com êxito. Além disso, era notória a sua motivação uma vez que ao longo do estágio várias vezes me abordaram para saber se também iriam se contempladas com uma sessão de relaxamento, além de que demonstraram no momento da entrega do convite (uma semana antes da realização da sessão), entusiasmo e enorme vontade de aderir em actividades deste género. Perante tal facto considero necessário e indispensáveis intervenções futuras neste âmbito.

No que diz respeito, ao meu desempenho enquanto dinamizadora da sessão considero ter sido bom, pois consegui manter a sessão interessante, captando a atenção dos participantes. Além disso, consegui realizar a sessão segundo o plano estabelecido e, torná-la num momento de reflexão e aprendizagem conjunta. A apresentação processou-se de uma forma espontânea, considerando ter tido uma prestação positiva.

ANEXO XII

Diapositivos utilizados na Sessão de Educação para a Saúde "Stress/Relaxamento"

STRESS/RELAXAMENTO

1



2



3

Palavra usada no nosso vocabulário do dia-a-dia para designar toda e qualquer situação que nos causa ansiedade, nervosismo, cansaço, medo...

Stress

Denominação dada a um conjunto de reacções orgânicas e psíquicas de adaptação que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça sentir muito feliz.

4

O stress não é uma doença...

É apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, sendo então uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, a qual varia de pessoa para pessoa.

5



Segundo Pavet & Bright (1990) citado por PAYNE (2003)

6

O stress provoca determinadas alterações afectando sobretudo:

- Percepção;
- Sistema nervoso;
- Equilíbrio hormonal;
- Sistema cardiovascular;
- Sistema digestivo;
- Sistema respiratório;
- Pele;
- Trato urogenital;
- Sistema imunológico

7

Sinais de stress:

- Diminuição do rendimento, distrações;
- Insatisfação com tudo;
- Insónia, sono agitado, pesadelos;
- Irritabilidade, explosividade;
- Diminuição da concentração e memória;
- Coisas que davam prazer tornam-se uma sobrecarga;
- Ocupar cada vez mais tempo com trabalho e menos com lazer;
- Diminuição do entusiasmo e prazer pelas coisas;
- Sensação de monotonia.

8

Sintomas:

Sintomas fisiológicos:

- Aumento do ritmo cardíaco;
- Aumento da pressão sanguínea;
- Suores;
- Aumento da taxa de coagulação sanguínea;
- Aumento da ventilação;
- Aumento do nível de glicose no sangue.

9

Sintomas comportamentais:

- Aumento do consumo de álcool, tabaco, comida, etc....
- Perda de apetite ou comer em excesso;
- Inquietação;
- Perda de interesse sexual;
- Tendência para sofrer acidentes.

10

Sintomas subjectivos:

- Cansaço e/ou dificuldade em dormir;
- Tensão muscular, particularmente nos músculos do pescoço e dos ombros;
- Indigestão, obstipação, diarreia;
- Palpitações;
- Dores de cabeça;
- Dificuldade na concentração e tendência para a preocupação;
- Impaciência, sensação de irritabilidade, facilmente levada à raiva.

Segundo Payne (1991)

11

Prevenção do stress...

Estratégias:

- Ser organizado nas actividades;
- Saber delegar responsabilidades;
- Dividir trabalho e tarefas com outros;
- Perante situações de grande stress, pensar primeiro se vale a pena o descontrolo;
- Procurar resolver uma coisa de cada vez;
- Evitar pensamentos catastróficos;
- Fazer exercício físico;
- Tirar um pouco de tempo durante o dia para fazer algo de agradável (ler um livro, tocar um instrumento, ...);
- Cuidar da saúde, tirando tempo para relaxar, alimentar-se correctamente, evitar bebidas alcoólicas e drogas tranquilizantes.

12

Relaxamento

Técnicas de relaxamento

Vital para uma mente saudável, bem como para nos manter motivados para o dia-a-dia.

Um processo de abordagem privilegiado para o controlo do stress

13

Relaxamento

Objectivos:

- Proteger os órgãos do desgaste diário, nomeadamente do stress e também de patologias;
- Aliviar o stress em situações como hipertensão arterial, asma, cefaleias, deficiências imunológicas, insónias, pânico, etc. ...;
- Acalmar o pensamento e torná-lo positivo.

14

Relaxamento...

«como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo».

Segundo Ryman (1996), citado por PAYNE (2002, pág. 3)

15

Relaxamento

Físico

Mental

Inerente ao relaxamento muscular – Alívio de Tensões;
Relaxamento progressivo de Jakobson.

Sentimento de paz interior e uma abstracção de sentimentos geradores de Stress;
Relaxamento por Imaginação Dirigida

16